

**Universidade de Évora – Escola de Ciências de Tecnologia**

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

# **Os Comportamentos de Jogo e o Funcionamento Sócio-emocional das Crianças com Perda Auditiva**

Ana Sofia Ferreira Vicente

Orientador | Guida Veiga

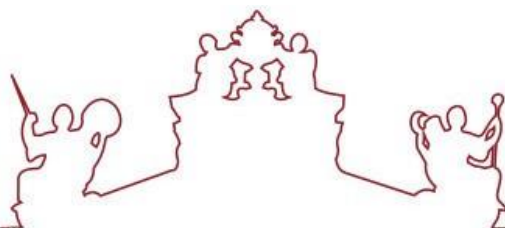
Évora 2020

---

---

---

---



**Universidade de Évora – Escola de Ciências de Tecnologia**

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Os Comportamentos de Jogo e o Funcionamento Sócio-emocional das Crianças com Perda Auditiva**

Ana Sofia Ferreira Vicente

Orientador | Guida Veiga

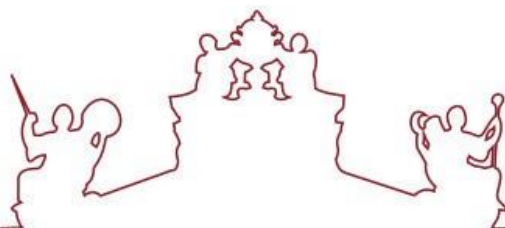
Évora 2020

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

- Presidente | Gabriela Sousa Neves de Almeida (Universidade de Évora)
- Vogal | Frederico Duarte Lopes (Universidade de Lisboa)
- Vogal-orientador | Guida Veiga (Universidade de Évora)

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Guida que me acompanhou ao longo destes últimos seis anos, tendo sido uma parte essencial do meu percurso académico, pessoal e profissional. Pela disponibilidade total, partilha de conhecimentos e experiências. E, principalmente, pela confiança e todo o apoio e segurança que me transmitiu, o meu especial obrigado!

À Brenda, por me ter acolhido tão bem neste projeto. Por toda a disponibilidade, orientação, partilha e ajuda!

Aos pais, educadoras e crianças que possibilitaram a realização deste estudo, o meu sincero obrigado!

Ao Pedro, que esteve sempre ao meu lado oferecendo-me a força e a determinação necessária para que nunca desistisse de me superar.

À minha família, que teve um papel crucial durante todo este percurso académico possibilitando que tudo isto fosse possível e dando-me a força necessária para me continuar a superar, o meu especial obrigado!

Por último, um obrigado especial a todos os meus amigos, que nunca deixaram de acreditar em mim e por me apoiarem e caminharem comigo nesta jornada tão boa e tão gratificante!

A todos vós, o meu especial obrigado!

## **Os Comportamentos de Jogo e o Funcionamento Sócio-emocional das Crianças com Perda Auditiva**

### **RESUMO**

O jogo é um contexto único para o estabelecimento das interações sociais. Contudo, ainda são poucos os estudos empíricos que procuram examinar e comparar os comportamentos de jogo e a competência social das crianças com PA. Este estudo tem então como objetivos descrever e comparar os comportamentos de jogo e o funcionamento sócio-emocional das crianças com PA e das crianças ouvintes. Participaram no estudo 14 crianças com PA e 35 crianças ouvintes em idade pré-escolar. O funcionamento sócio-emocional foi avaliada através do SDQ e os comportamentos de jogo foram avaliados através de uma adaptação do questionário MCP e da observação sistemática do jogo. Os resultados revelaram um funcionamento sócio-emocional idêntico entre os grupos e não diferiram ao nível da qualidade do jogo, nem no tempo despendido a brincar. Os resultados demonstraram ainda que o jogo de exercício foi mais prevalente no grupo das crianças com PA comparativamente com as crianças ouvintes.

**Palavras-chave:** Funcionamento sócio-emocional; brincar; perda auditiva; educação inclusiva; pré-escolar.

## **Play Behaviors and Socioemotional Functioning of Children with Hearing Loss**

### **ABSTRACT**

Play is a unique context for the establishment of successful social interactions. However, there are still few empirical studies that use and analyze the game behavior and social competence of children with BP. This study aims to describe and compare the modes of play and socioemotional functioning of children with hearing loss and hearing children. 14 children with hearing loss and 35 hearing children of preschool age participated in the study. Socioemotional functioning was assessed using the SDQ and play behaviors were assessed through an adaptation of the MCP questionnaire and systematic observation of the play. The results revealed an identical socioemotional functioning between the groups and did not differ in terms of quality of the play, nor in the time spent playing. The results also showed that the exercise play was more prevalent in the group of children with hearing loss compared to hearing children.

**Keywords:** Socioemotional functioning; play; hearing loss; inclusive education; preschool.

## ÍNDICE GERAL

Índice de Figuras.....	vi
Índice de Tabelas.....	vi
Lista de Abreviaturas.....	vii
<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>5</b>
2.1. Perda auditiva.....	5
2.1.1. A competência social na criança com perda auditiva.....	9
2.2. O Jogo .....	11
2.2.1. Tipos de jogo.....	12
2.2.2. O jogo como promotor da competência social.....	14
2.2.3. O jogo na criança com perda auditiva.....	17
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>20</b>
3.1. Objetivos do estudo.....	20
3.2. Desenho do estudo.....	20
3.3. Caracterização da amostra.....	20
3.4. Procedimentos metodológicos .....	25
3.5. Variáveis e instrumentos.....	26
3.5.1. Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC).....	26
3.5.2. Movement Assessment Battery for Children (Movement ABC-2).....	27
3.5.3. Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ).....	29
3.5.4. My Child's Play (MCP).....	30
3.5.5. Sistema de Observação dos Comportamentos de Jogo.....	31
3.6. Tratamento estatístico.....	33
<b>4. Resultados.....</b>	<b>34</b>
<b>5. Discussão.....</b>	<b>39</b>
5.1. Limitações e direções futuras.....	42
<b>6. Conclusão.....</b>	<b>44</b>
<b>7. Referências .....</b>	<b>45</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Diagrama de fluxo.....	22
----------------------------------	----

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Classificação da perda auditiva consoante a intensidade de sons perdidos.....	5
Tabela 2. Características sociodemográficas e perfil clínico dos participantes.....	24
Tabela 3. Resultados da comparação da caracterização da amostra entre os grupos, considerando a competência linguística.....	34
Tabela 4. Resultados da comparação da caracterização da amostra entre os grupos, considerando a competência motora.....	35
Tabela 5. Resultados da comparação entre grupos considerando os resultados obtidos através da aplicação do Questionário De Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	35
Tabela 6. Resultados da comparação entre grupos considerando os resultados obtidos através da aplicação do questionário My Child's Play (MCP).....	36
Tabela 7. Resultados da comparação entre grupos considerando a frequência de tempo despendido nas atividades de recreio.....	37
Tabela 8. Resultados da comparação entre grupos considerando a observação dos comportamentos de jogo.....	38



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

DP - Desvio Padrão

JI – Jardim de Infância

M – Média

PA - Perda Auditiva



## 1. INTRODUÇÃO

A existência de PA nos primeiros anos de vida coloca vários desafios no desenvolvimento da criança não só no desenvolvimento comunicativo e linguístico, como se pensava inicialmente, mas também no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012). No entanto, os estudos dedicados a estas áreas do desenvolvimento nas crianças com PA ainda são escassos, principalmente no que diz respeito às crianças portuguesas.

A competência social é fundamental no desenvolvimento da criança (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, & Frijns, 2012), sendo um importante preditor da capacidade de relacionamento da criança, popularidade entre os pares, prontidão escolar e resultados académicos (Denham, et al., 2003). A competência social assenta num conjunto de comportamentos e capacidades cognitivas como a compreensão de sentimentos e perspetivas do outro, regras sociais e a perceção sobre as situações sociais (Blumberg, Carle, O'Connor, Moore, & Lippman, 2008). É durante a fase pré-escolar que as crianças se tornam socialmente competentes, isto é, capazes de se envolver em interações sociais bem-sucedidas (Blumberg, Carle, O'Connor, Moore, & Lippman, 2008).

No entanto, existem crianças em que o desenvolvimento da competência social pode ser comprometido, como é o caso das crianças com PA, na medida em que a escuta é essencial para a aprendizagem social (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015). Esta barreira provocada pela falta de audição plena influencia, não só, a qualidade e a quantidade das interações sociais estabelecidas com os pares, bem como, a qualidade e a quantidade do jogo a que a criança estabelece (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010).

É durante a infância que as crianças dedicam grande parte do seu tempo ao jogo (Neto, 2003). O jogo fornece um contexto único e privilegiado onde as crianças se expressam e desenvolvem as suas competências sociais (Pellegrini, 2009), fornecendo uma importante experiência para o estabelecimento de interações sociais bem-sucedidas (Kohler, Anthony, Steighner, & Hoyson, 2001; Mathison & Banerjee, 2010).

Estudos empíricos revelam que é possível compreender o nível de competência social de uma criança através da observação do jogo, uma vez que a qualidade e quantidade do jogo reflete a competência social da criança (Connolly & Doyle, 1984; Howes & Matheson, 1992; Veiga, Neto, & Rieffe, 2014). De facto, crianças socialmente

competentes tendem a envolver-se mais em interações de jogo (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010).

Diferentes formas de jogo social têm sido associadas positivamente à competência social (e.g., Colwell & Lindsey, 2005; Connolly & Doyle, 1984; Howes & Matheson, 1992; Veiga, Neto, & Rieffe, 2014; Veiga, et al., 2017). No entanto, as crianças com PA estão constantemente sujeitas a falhas na troca de informação durante o jogo (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015), além disso, o jogo envolve um conjunto de competências como comunicar, negociar e planejar, o que pode constituir uma barreira para as crianças com PA, influenciando as suas experiências de jogo (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015). Apesar da comunicação verbal não ser essencial em contexto de jogo, uma boa comunicação e linguagem entre a criança e os pares apresenta um papel facilitador no curso das brincadeiras de jogo (Spencer, 2010).

Neste sentido, as crianças com PA apresentam dificuldades acrescidas ao envolver-se, por exemplo, no jogo de faz de conta, uma vez que implica para além do papel adotado dentro do jogo, uma boa capacidade expressiva e compreensiva da linguagem (Mathieson & Banerjee, 2010). Também os jogos de regras são mais exigentes para as crianças com PA uma vez que estão constantemente sujeitos à alteração das regras previamente estabelecidas e à sua negociação (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

Apesar do papel fundamental que o jogo apresenta no desenvolvimento da criança (Pellegrini & Bjorklund, 2004), ainda são poucos os estudos que procuraram descrever os comportamentos de jogo das crianças com PA e as possíveis relações entre os comportamentos de jogo e as competências sociais destas crianças o que levou a um crescente interesse por esta área de estudo e em realizar esta dissertação, tendo como intuito contribuir para o conhecimento nesta área, de modo a, que de futuro, seja possível delinear programas de intervenção psicomotora, tendo em contas as características específicas desta população.

Assim, foi definido como objetivo de estudo descrever e comparar os comportamentos de jogo e as competências sociais de crianças PA com os comportamentos de jogo e as competências sociais de crianças ouvintes.

O presente estudo está organizado em duas partes, na primeira será apresentado o enquadramento teórico que irá sustentar a segunda parte, onde será apresentado o estudo

propriamente dito. Deste modo, a dissertação será organizada em seis capítulos: a introdução, o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão. Assim, o primeiro capítulo corresponde à introdução.

No segundo capítulo encontra-se o enquadramento teórico, que aborda os temas em estudo como a PA, a competência social e o jogo. São ainda abordados os objetivos e a pertinência do estudo.

A metodologia da investigação está descrita no terceiro capítulo onde será apresentado o desenho do estudo, a caracterização da amostra, os procedimentos metodológicos, os instrumentos de avaliação, as variáveis e o tratamento estatístico.

No quarto capítulo são apresentados, de forma detalhada, todos os resultados obtidos no presente estudo, que serão posteriormente discutidos no quinto capítulo, que engloba a análise e interpretação dos resultados obtidos e as possíveis limitações do estudo.

Por fim, no sexto capítulo, são apresentadas as conclusões.



## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Perda auditiva

O ouvido humano é dividido anatomicamente em três partes: o ouvido externo, médio e interno. O processo auditivo tem início quando as ondas de pressão que formam o som são capturadas pelo ouvido externo e posteriormente conduzidas para o ouvido médio através da vibração da membrana timpânica e seguidamente conduzidas para a cóclea, no ouvido interno. Sendo que é no ouvido interno que as vibrações são traduzidas em impulsos neuronais que determinam a intensidade e a frequência do som (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009)

Este processo tem início durante a gestação, sendo que o feto começa a responder a sons por volta das 22 semanas de gestação, no entanto, apesar do desenvolvimento do sistema auditivo estar completo na altura do nascimento, é necessária a maturação do mesmo, que se encontra dependente da estimulação auditiva (Biswas, Goswami, Baruah, & Tripathy, 2012). Qualquer anomalia em algum dos constituintes do sistema auditivo pode levar a uma PA (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

A PA é avaliada através da intensidade dos sons percebidos em cada ouvido (decibel - dB) permitindo que seja classificada consoante o grau de incapacidade de perceção dos sons. Apesar de haver diferentes sistemas de classificação, nesta dissertação adotamos o sistema de Clark (1981) que classifica a PA como normal, mínima, ligeira, moderada, moderadamente severa, severa e profunda (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

**Tabela 1.** Classificação da perda auditiva consoante a intensidade de sons perdidos (Clark, 1981)

<b>Grau de Perda Auditiva</b>	<b>Perda de Audição (dB)</b>
Normal	-10 - 15 dB
Mínima	16 - 25 dB
Ligeira	26 - 40 dB
Moderada	41 - 55 dB
Moderadamente Severa	56 - 70 dB
Severa	71 - 90 dB
Profunda	91+ dB

Na audição normal, a capacidade de detetar sons está entre os -10 e os 15 dB (Clark, 1981) e a criança consegue compreender todos os aspetos do discurso (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Quando a PA se encontra entre os 16 e os 25 dB estamos perante uma PA mínima (Clark, 1981) em que a criança pode perder até 10% dos aspetos do discurso, pode responder de forma inadequada e a interação social entre os pares pode estar afetada (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Em situações de PA ligeira, a incapacidade de deteção de sons está entre os 26 e os 40 dB (Clark, 1981) sendo que nestes casos a criança apresenta uma perda do discurso até 50% e podem começar a surgir problemas de comportamento (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Quando a PA ronda os 41 e os 55 dB estamos perante uma PA moderada (Clark, 1981) em que a criança revela uma perda de 50% a 100% do discurso, o vocabulário é limitado, o discurso é pobre, a habilidade de comunicação com os outros encontra-se comprometida e a baixa autoestima é comum (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Se a criança apresentar uma PA moderadamente severa a incapacidade de deteção dos sons está entre os 56 e os 70 dB (Clark, 1981) sendo que a criança perde 100% do discurso de uma conversação normal, apresenta atrasos na fala e fraca inteligibilidade e isolamento social (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Em situações de PA severa, a incapacidade de deteção dos sons ronda os 71 e os 90 dB (Clark, 1981), a criança só consegue ouvir vozes altas e apresenta atrasos na fala e na linguagem caso a PA seja pré-linguística ou um declínio das capacidades linguísticas como a fala e a voz caso a PA seja pós-linguística (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Se a criança apresentar uma PA superior ou igual a 91 dB estamos perante uma PA profunda (Clark, 1981) em que a criança começa a necessitar de utilizar gestos para se exprimir, as vibrações sonoras são mais sentidas do que ouvidas e os seus pares também apresentam algum tipo de PA (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Muitas vezes a PA não é detetada no início do desenvolvimento da criança uma vez que as crianças parecem demonstrar um desenvolvimento típico, no entanto, existem



alguns sinais de alerta que parecem indicar a sua presença como os que foram referidos anteriormente.

A PA também pode ser classificada consoante a localização da lesão, podendo ser classificada como PA de transmissão, de percepção ou neurosensorial, mista e central (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Relativamente à PA de transmissão, é a mais comum em crianças e surge devido a interferências presentes no mecanismo de transmissão do som no ouvido externo e médio. Relativamente à etiologia da PA de transmissão, esta pode ser congénita, como a presença de anomalias no tímpano, malformações ossiculares, microtia (crescimento anormal ou subdesenvolvimento do ouvido externo) e atresia (falta de crescimento do canal externo), ou adquirida, podendo ser causada por infeções, colesteatoma, otite média com efusão, rutura ossicular e perfuração do tímpano (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

A PA de percepção ou neurosensorial resulta de um problema ao nível da tradução das vibrações em impulsos neurais dentro da cóclea ou em transmitir esses impulsos neurais para o nervo vestibulococlear. Pode ter como principais causas fatores congénitos tais como diversas perturbações genéticas, infeções intrauterinas, anomalias anatómicas da cóclea ou do osso temporal, exposição a medicamentos ototóxicos ou consumo de álcool durante a gravidez e hiperbilirrubinemia neonatal, ou causas adquiridas como infeções extrauterinas, traumas físicos ou acústicos, radioterapia e doenças neurodegenerativas ou desmielinizantes (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

A PA mista envolve uma combinação dos dois tipos de PA referidos anteriormente e resulta, geralmente, devido a danos no ouvido interno e no ouvido médio o que provoca, consequentemente, alterações na percepção e na transmissão do som (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Por último, a PA central surge devido a danos no tronco cerebral ou nos centros de processamento superiores do cérebro (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Existem ainda alguns fatores de risco que aumentam a probabilidade da criança vir a ter PA como a presença de infeções intrauterinas, o historial clínico familiar, anomalias no ouvido ou craniofaciais, síndromes associadas à PA, baixo peso à nascença,

um índice de Apgar inferior a 3 aos 5 minutos ou menor que 6 aos 10 minutos, a necessidade da criança precisar de ventilação após o nascimento, a exposição a medicamentos ototóxicos, hiperbilirrubinemia, o atraso no desenvolvimento e na linguagem, otites persistentes, meningite e traumatismos cranianos podem ser preditores de PA (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

No entanto é importante referir que os bebés que apresentam algum tipo de PA, tal como os bebés ouvintes, nascem com a capacidade de se relacionar e comunicar com o mundo que os rodeia (Rombert, 2017), o que pode dificultar o diagnóstico precoce de PA. Mesmo sem acesso aos estímulos auditivos, estas crianças comunicam através do olhar, do choro, do sorriso, da expressão facial e corporal, chegando mesmo a produzir balbucios (Rombert, 2017).

No entanto, existem alguns sinais de alerta de PA como a ocorrência de silêncios associados a um palrar cada vez menos frequente ou a alterações ao nível do palrar, ou um som mais nasalado (Rombert, 2017), a ausência de galrear entre os 6 e os 9 meses de idade, por volta dos 12 meses a ausência de resposta por parte da criança quando esta é chamada pelo nome ou lhe é feita uma ordem simples, a ausência das primeiras palavras aos 18 meses e das primeiras palavras-frases por volta dos 2 anos e ainda a persistência de algumas palavras sem sentido por volta dos 4 anos de idade (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012). De facto, apesar das etapas do desenvolvimento da linguagem serem idênticas às das crianças ouvintes, é durante a fase da linguagem verbal que se detetam as grandes diferenças entre as crianças com PA e os seus pares ouvintes, uma vez que as crianças com PA não possuem nenhum tipo de modelo linguístico, começando a produzir sons que não se adequam à sua comunidade linguística, acabando eventualmente por deixar de produzir sons dado o seu progressivo desinteresse pela linguagem verbal, uma vez que não recebem nenhum tipo de estímulo ou feedback verbal (Rombert, 2017).

Perante o diagnóstico de PA e tendo em conta as características da mesma, deve procurar-se perceber qual o melhor tipo de ajuda auditiva para a criança, sendo que estas podem ser aparelhos auditivos ou implantes cocleares (Rombert, 2017).

Os aparelhos auditivos permitem que a curva audiométrica se assemelhe ao normal, permitindo à criança uma melhor perceção e compreensão da linguagem. São

indicadas para crianças com PA que apresentem limiares auditivos superiores a 40 dB no ouvido com melhor audição (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012).

Por sua vez, o implante coclear é um dispositivo eletrônico que estimula as várias regiões da cóclea através de impulsos elétricos, permitindo uma melhoria significativa na percepção dos sons (Alves, et al., 2014). É indicado para crianças com casos de PA neurosensorial profunda bilateral com perdas superiores a 90 dB e em casos de PA inferiores a 90 dB que não beneficiam do uso de aparelhos auditivos, facilitando o desenvolvimento da linguagem verbal destas crianças (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012; Alves, et al., 2014). Além disso, o sucesso da implantação depende da presença de um ambiente estimulante e da motivação familiar (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012).

Apesar dos aparelhos auditivos serem normalmente bem aceites pelas crianças, que desde cedo se apercebem dos seus benefícios (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012), os implantes cocleares têm apresentado melhores resultados relativamente à compreensão e expressão oral da criança (Alves, et al., 2013). No entanto, estes resultados encontram-se fortemente relacionados com a idade de implementação do implante coclear, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem oral (Alves, et al., 2013).

A falta de estímulos auditivos nos primeiros anos de vida pode revelar-se bastante prejudicial não só no desenvolvimento comunicativo e linguístico, mas também no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Ferreira, Silva, & Ribeiro, 2012). No entanto, os efeitos negativos que advêm da falta de acesso ao som, são diferentes de criança para criança, e dependem de fatores como a família, o tipo de PA, o grau de gravidade e se esta é pré ou pós linguística (Rombert, 2017).

### **2.1.1. A Competência social na criança com perda auditiva**

A forma como as emoções são percebidas e expressas influencia a competência social e consequentemente as interações sociais da criança com PA (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, Raeve, & Frijns, 2012). É a compreensão e a percepção das emoções que nos ajuda e nos guia no estabelecimento e na manutenção das interações sociais, permitindo-nos agir de acordo com as diversas situações sociais às quais estamos expostos (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

A competência social pode ser definida como a capacidade em iniciar e manter relações positivas com os outros e representa uma competência fundamental no desenvolvimento da criança (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, & Frijns, 2012), estando associada à popularidade entre os pares, ao aproveitamento académico (Denham, et al., 2003), bem como, à aceitação dos pares, autoestima e à capacidade de estabelecer e manter interações sociais bem-sucedidas (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010).

Contudo, o desenvolvimento da competência social pode ser comprometido pela falta de acesso à audição e por sua vez à linguagem verbal (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar, & Frijns, 2012), na medida em que é através da escuta e da observação dos outros que decorre a aprendizagem social (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015). A maioria desta aprendizagem acontece através da aprendizagem informal que ocorre sempre que haja oportunidade de aprendizagem e a necessidade e motivação necessárias para aprender (Marsick & Watkins, 2001). No entanto, a aprendizagem por observação ou escuta dos outros é menos acessível às crianças com PA (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015), comprometendo, o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009).

Neste sentido, a existência PA no início do desenvolvimento da criança pode ser prejudicial para vários aspetos do desenvolvimento uma vez que a capacidade que as crianças têm para categorizar o mundo auditivo começa desde uma idade muito precoce (Gifford, Holmes, & Bernstein, 2009). Quanto mais tarde for detetada a PA, mais consequências negativas derivadas da mesma podem surgir, como problemas ao nível da fala, atrasos cognitivos e na linguagem, pobre competência social e menor desempenho escolar (Biswas, Goswami, Baruah, & Tripathy, 2012). Estudos revelam que as crianças com PA apresentam níveis inferiores de competência social, quando comparadas com os seus pares ouvintes (e.g. Wiefferink, Rieffe, Ketelaar & Frijns, 2012; Mira, Pereira & Veiga, 2017).

De facto, apesar de não existirem diferenças substanciais ao nível da quantidade de interações entre as crianças ouvintes e surdas, existem diferenças ao nível da qualidade das interações, sendo que as crianças surdas apresentam uma menor taxa de interações bem-sucedidas e revelam mais dificuldade em manter as interações sociais com os pares (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010). Por exemplo, o estudo de Bat-Chava & Deignan (2001) revelou que as crianças com PA apresentam dificuldades em interagir

com os seus pares ouvintes, o que se deve principalmente às dificuldades que estas crianças têm na linguagem compreensiva e expressiva.

As crianças com PA são normalmente mais solitárias do que as crianças ouvintes e são rejeitadas e ignoradas pelos pares mais frequentemente (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015), perdendo muitas oportunidades de interação com os pares, de imitação e da aprendizagem de competências como a comunicação social e a resolução de problemas (Most, Ingber, & Heled-Ariam, 2011). Além disso, as crianças com PA sofrem mais frequentemente de *bullying* quando comparadas com os seus pares de desenvolvimento típico (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

Possivelmente devido à pobre competência social, as crianças com PA tendem a manifestar mais problemas de comportamento quando comparadas com os seus pares ouvintes (Netten, et al., 2015) e têm uma maior tendência para desenvolver sintomas psicopatológicos como a depressão (Eisenberg, Spinrad, & Eggum, 2010).

Deste modo, a PA na criança pode resultar em barreiras de comunicação podendo influenciar a qualidade e a quantidade das interações estabelecidas com os pares e consequentemente, a qualidade e a quantidade do jogo que a criança estabelece (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010).

## **2.2. O Jogo**

Desde muito cedo que existem relatos da presença do jogo tanto em culturas diferentes como em diferentes espécies (Pellegrini & Smith, 1998). No entanto, embora seja fácil identificar uma criança a brincar, os vários investigadores têm tido alguma dificuldade em chegar a um consenso acerca da sua definição (Pellegrini, 2009), devido à sua complexidade e ao seu carácter imprevisível, obscuro e aleatório (Neto, 2003). Talvez a definição mais aceite acerca do jogo é a que indica que é uma forma de comportamento comum na infância semelhante ao comportamento funcional, mas tipicamente mais exagerado, menos sério e que pode apresentar sequências incomuns de comportamento (Pellegrini & Bjorklund, 2004).

O jogo é considerado uma atividade espontânea, prazerosa, desprovida de organização, estrutura e conflitos (Piaget, 1952), e fornece à criança o sentido de

liberdade e segurança para explorar novas realidades e estabelecer novas regras, permitindo à criança a descoberta e a prática de novas competências, contribuindo deste modo para o bom funcionamento adaptativo e para o bem-estar da criança (Veiga, Neto, & Rieffe, 2016). Segundo Pellegrini e Bjorklund (2004), o jogo fornece à criança uma forma de explorar tanto os diversos contextos sociais como físicos, modificando os seus circuitos neuronais ao mesmo tempo.

O jogo apresenta vários níveis de desenvolvimento, progredindo progressivamente de simples ações indiferenciadas com objetos (jogo pré-representativo), para ações específicas com objetos e as suas possibilidades (jogo representativo), para níveis mais elevados de comportamentos de jogo como a substituição das características e funções reais dos objetos no jogo de faz de conta (jogo simbólico) (Spencer, 2010).

No entanto, apesar do papel fundamental que o jogo apresenta no desenvolvimento da criança, a crescente exposição a atividades sedentárias como as atividades de ecrã, a presença de ambientes cada vez mais seguros e consequentemente menos exigentes fisicamente, o aumento do número de horas despendidas em ambientes educativos, a crescente supervisão parental, têm contribuído para modificar a qualidade e a quantidade do jogo (Pellegrini & Bjorklund, 2004). No entanto, o jogo continua a ser uma das formas mais comuns de comportamento durante a infância (Neto, 2003).

### **2.2.1. Tipos de Jogo**

Tendo em conta a classificação dos diversos tipos de jogo apresentada por Pellegrini (2009) é possível distinguir dois tipos de jogo: o jogo de atividade física e o jogo de faz de conta.

Os jogos de atividade física são caracterizados por apresentarem uma componente física moderada a vigorosa sendo que este tipo de jogo pode ser distinguido em dois subtipos: o jogo de exercício e o jogo de luta e perseguição (Pellegrini & Smith, 1998).

O jogo de exercício envolve a presença de atividades locomotoras moderadas a vigorosas em contexto de jogo, como correr ou escalar, e pode, ou não, ser considerado um tipo de jogo social (Pellegrini & Smith, 1998). Este tipo de jogo tem início na primeira infância, no final do primeiro ano de idade, e apresenta uma tendência para aumentar

durante o período pré-escolar, por volta dos 4 aos 5 anos de idade (Pellegrini & Smith, 1998), ocupando cerca de 33% do tempo de recreio da criança (Pellegrini & Bjorklund, 2004), mas tende a diminuir aquando a entrada da criança na escola primária (Pellegrini & Smith, 1998). As raparigas tendem a participar mais neste tipo de jogo (Veiga, Neto, & Rieffe, 2014; Veiga, et al., 2017).

Por sua vez, o jogo de luta e perseguição é necessariamente um jogo social e é caracterizado pela presença de atividades locomotoras moderadas a vigorosas que podem parecer ser comportamentos agressivos (Pellegrini & Smith, 1998) como agarrar o outro e dar pontapés (Smith, Smees, & Pellegrini, 2004), sendo contudo realizados em contexto de jogo (Pellegrini & Smith, 1998). Os rapazes envolvem-se com maior frequência neste tipo de jogo (Colwell & Lindsey, 2005; Veiga, et al., 2017) cuja frequência surge mais acentuadamente no início da idade primária sendo que se verifica um pico por volta dos 8 aos 10 anos de idade relativamente à preferência deste tipo de jogo que permanece até ao início da adolescência (Pellegrini & Smith, 1998) ocupando cerca de 10% do tempo de recreio da criança (Smith, Smees, & Pellegrini, 2004).

O jogo de faz de conta é caracterizado pela presença da orientação “como se...” para ações, objetos e pares (Pellegrini & Bjorklund, 2004). É comum a utilização de objetos, que podem ser imaginados (a criança imagina o objeto) ou substitutos (a criança imagina um determinado objeto como sendo outro) (Lillard, 1993). De um modo geral, é um tipo de jogo que permite à criança assumir um papel distinto da realidade, utilizando uma representação mental, onde o seu único propósito é a sua própria diversão (Lillard, 1993). As raparigas, comparativamente com os rapazes, tendem a envolver-se mais frequentemente e de forma mais complexa neste tipo de jogo, uma vez que este é normalmente mais demorado, revela temas mais desenvolvidos e reflete níveis mais abstratos de representação (Pellegrini & Bjorklund, 2004). Este tipo de jogo pode ser distinguido em dois subtipos: o jogo de faz de conta com objetos e o jogo de papéis.

O jogo de faz de conta com objetos envolve a manipulação de objetos ligado a uma representação mental dos mesmos (Pellegrini & Bjorklund, 2004). Este tipo de jogo tem início por volta dos 2 anos de idade (Colwell & Lindsey, 2005) e surge mais acentuadamente por volta dos 5 aos 7 anos de idade, ocupando cerca de 10% do tempo de recreio da criança (Pellegrini & Bjorklund, 2004). Os rapazes apresentam uma maior tendência para comportamentos físicos vigorosos na manipulação dos objetos quando se

encontram envolvidos neste tipo de jogo, sendo que os papéis que interpretam também se encontram normalmente ligados a atividades vigorosas. Já as raparigas, quando se encontram ativamente envolvidas neste tipo de jogo apresentam comportamentos menos vigorosos na manipulação dos objetos e optam normalmente pelo jogo solitário (Pellegrini & Bjorklund, 2004).

Por sua vez, o jogo de papéis permite à criança experienciar diferentes papéis, pensamentos e sentimentos (Lillard, 2001). Este tipo de jogo é mais frequente nas raparigas (Colwell & Lindsey, 2005) surge por volta dos 4 anos de idade e pode acontecer tanto em contexto social ou solitário, é comum a presença de outros participantes que podem ser reais ou imaginários (Lillard, 2001) e os objetos assumem um papel intermediário do jogo (Pellegrini & Bjorklund, 2004). Além disso, o jogo de papéis permite que a criança experimente várias crenças, desejos e emoções para as diversas situações sociais (Lillard, 2001). Este tipo de jogo ocupa cerca de 20% a 30% dos comportamentos de jogo social das crianças em idade pré-escolar (Colwell & Lindsey, 2005).

### **2.2.2. O jogo como promotor da competência social**

As interações sociais que a criança estabelece com os pares leva ao desenvolvimento das competências sociais necessárias para começar e manter amizades (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010). É através das interações sociais que a criança aprende competências sociais e comunicativas importantes para o sucesso nas relações com o outro (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010).

O jogo fornece uma importante experiência para o estabelecimento de interações sociais bem-sucedidas (Kohler, Anthony, Steighner, & Hoyson, 2001; Mathison & Banerjee, 2010). Além disso, é possível compreender o nível de competência social de uma criança através da observação do jogo, uma vez que a qualidade e quantidade do jogo reflete a competência social da criança (Connolly & Doyle, 1984; Howes & Matheson, 1992; Veiga, Neto, & Rieffe, 2014).

O jogo é o contexto primário para o estabelecimento de interações e relações positivas entre os pares (Mathieson & Banerjee, 2010), contribuindo para o bom desenvolvimento da competência social da criança (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky,



2010). De facto, a interação social entre os pares, em idades pré-escolares, é feita maioritariamente em contexto de jogo (Colwell & Lindsey, 2005). Além disso, as interações sociais estabelecidas durante o jogo entre os pares podem ter benefícios imediatos associados à competência social proporcionando à criança as aprendizagens das habilidades sociais de forma mais satisfatória quando comparado com qualquer outro contexto social (Pellegrini & Bjorklund, 2004).

No entanto, o jogo tem apresentado mais benefícios quando comparado a uma situação de jogo estruturado (Veiga, Neto, & Rieffe, 2016). Ao contrário do jogo estruturado, o jogo oferece a autonomia que as crianças necessitam para o guiar consoante os seus interesses e necessidades. Além de ajudar a criança a autorregular os seus sentimentos e comportamentos (Peterson & Flanders, 2005, cit in Veiga, Neto, & Rieffe, 2016). Além disso, a criança demonstra comportamentos de jogo mais complexos, envolve-se em brincadeiras de forma mais positiva e as interações verbais estão mais presentes (Kwon, Bingham, Lewsader, Jeon, & Elicker, 2013).

Crianças socialmente competentes apresentam maiores níveis de participação ativa no jogo de grupo (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010). Neste sentido, vários estudos têm associado o jogo solitário ao desajustamento social (e.g., Rubin, Coplan, & Bowker, 2009; Veiga, et al., 2017a). A falta de interação social durante a infância pode resultar em crianças com problemas socio-emocionais, dificuldades escolares e dificuldades em manter uma relação positiva com os pares (Rubin, Coplan, & Bowker, 2009). As crianças que preferem o jogo solitário revelam mais dificuldades em desenvolver as competências sociais, necessárias para que sejam aceites no grupo de pares (Veiga, et al., 2017a).

Ao contrário do jogo solitário, diferentes formas de jogo social têm sido associadas positivamente à competência social, tais como o jogo de faz de conta, o jogo de exercício e o jogo de luta e perseguição, (e.g. Veiga, et al., 2017b; Colwell & Lindsey, 2005; Veiga, Neto, & Rieffe, 2014).

O jogo de luta e perseguição, por apresentarem uma dinâmica social, são promotores do desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança (Smith, Smees, & Pellegrini, 2004). Segundo Pellegrini (1993), o jogo de luta e perseguição é especialmente importante na criação de crianças socialmente competentes, uma vez que

fornece competências para as várias formas de interação social como a cooperação, a competição, o diálogo e a resolução de problemas. Além disso, também favorece a competição que permite que a criança encontre a sua posição dentro do grupo de pares através da exploração e do estabelecimento de diversos domínios sociais (Pellegrini & Smith, 1998). No entanto, apesar de existirem vários estudos que apontam no sentido da promoção da competência social através da participação no jogo de luta e perseguição, ainda não existe consenso acerca deste tipo de jogo. Alguns estudos têm revelado que as crianças que envolvem mais neste tipo de jogo são mais rejeitadas pelos seus pares (Colwell & Lindsey, 2005; Ladd & Price, 1987). De facto, segundo Pellegrini (1994, cit in Smith, 2003), crianças socialmente rejeitadas apresentam uma maior dificuldade em manter este tipo de jogo uma vez que a probabilidade deste se transformar numa luta a sério é maior, revelando uma competência social mais pobre.

Segundo Pellegrini e Smith (1998) o jogo de exercício não promove apenas o desenvolvimento físico da criança mas também o desenvolvimento cognitivo e social. Como o jogo de exercício torna a criança cada vez mais competente a nível motor, acaba por gerar sentimentos de segurança, controlo, prazer, autoeficácia e autoconfiança na criança. Deste modo, o jogo de exercício, ao promover o desenvolvimento motor da criança, melhora a sua capacidade de interação com os pares, promovendo deste modo a competência social da criança (Pellegrini e Smith, 1998). O jogo de exercício com os pares tem sido positivamente associado à competência social (Veiga, et al., 2017).

Também o jogo faz de conta tem sido associado positivamente ao funcionamento social da criança (Colwell & Lindsey, 2005). Este tipo de jogo permite melhorar as habilidades de cooperação, comunicação, discussão, negociação e de compreensão do outro (Colwell & Lindsey, 2005).

Além disso, o jogo faz de conta permite que a criança aprenda e pratique as interações sociais com os pares (Pellegrini & Bjorklund, 2004), além de ajudar a crianças a interiorizar as normas sociais às quais estão sujeitas, através da simulação de diversas situações sociais (Peter, 2003, cit in Veiga, et al., 2017). No entanto, este tipo de jogo implica uma competência social e cognitiva complexa (Connolly & Doyle, 1984).

Tanto o jogo de papéis como o jogo faz de conta com objetos envolve uma boa capacidade expressiva e compreensiva da linguagem verbal como da linguagem corporal

(Mathieson & Banerjee, 2010). Estes dois tipos de jogo envolve uma maior competência social por parte da criança uma vez que envolve um conjunto de expressões faciais e linguagem corporal apropriada ao contexto e às interações sociais com os pares (Mathieson & Banerjee, 2010). Além disso, apesar da linguagem verbal não ser estritamente necessária neste tipo de contexto de jogo, é claramente um meio facilitador do mesmo (Mathieson & Banerjee, 2010), assumindo um papel importante na manutenção das interações sociais com os pares (Pellegrini & Bjorklund, 2004).

Assim, parece evidente que todos os tipos de jogo parecem contribuir para o bom desenvolvimento da competência social, proporcionando à criança oportunidades ricas de prática de várias habilidades de socialização com o outro (Veiga, Neto, & Rieffe, 2014).

### **2.2.3. O jogo na criança com perda auditiva**

Apesar de a linguagem não ser estritamente necessária nas diversas situações de jogo, uma boa comunicação e linguagem entre a criança e os pares apresenta um papel facilitador no curso das brincadeiras de jogo (Spencer, 2010). No entanto, as crianças com PA estão constantemente sujeitas a falhas na troca de informação durante o jogo. Uma simples negociação para alterar as regras do jogo ou um diálogo mal interpretado pela criança com PA numa situação de jogo de papéis, pode levar a que a criança com PA necessite de se esforçar para se manter no jogo e para não ser rejeitada pelo seu grupo de pares, exigindo um maior controlo dos seus sentimentos de frustração e raiva (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

Como referimos acima, a falta de acesso à audição plena e, consequentemente, à linguagem, influencia as experiências de jogo das crianças com PA uma vez que estas são mais desafiadoras, no sentido em que as crianças com PA revelam maiores dificuldades mesmo quando brincam com outras crianças com PA (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

Particularmente os jogos de faz de conta são especialmente desafiadores para as crianças com PA mesmo quando brincam com outras crianças com PA, pois para além dos diferentes papéis que as crianças podem adotar, a linguagem e a compreensão mútua são cruciais no decorrer do jogo (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015). Também os jogos de regras são mais exigentes para as crianças com PA uma vez que estão

constantemente sujeitos à alteração das regras previamente estabelecidas e à sua negociação (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

Também o jogo de atividade física, que envolve várias habilidades motoras, podem ser mais exigentes para as crianças com PA (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015), uma vez que estas crianças revelam, habitualmente, uma menor competência motora (Gheysen, Loots, & Waelvelde, 2008).

As crianças com PA interagem menos com os seus pares e participam menos em situações de jogo social comparativamente com os seus pares ouvintes (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010) e revelam mais dificuldade em integrar-se numa brincadeira de jogo que já esteja a decorrer quando comparadas com os seus pares ouvintes sendo que, em vez de se juntarem ao jogo recorrendo a estratégias adaptativas (p.e fazerem algum tipo de comentário sobre o mesmo), estas crianças tendem a perturbar o jogo ou a posicionarem-se perto de modo a esperarem algum tipo de convite para entrar na brincadeira (Brown, Remine, Prescott, & Rickards, 2000).

Devido a estas dificuldades as crianças com PA optam maioritariamente por interagir com outras crianças com PA (Antia, Kreimeyer, Metz, & Spolsky, 2010), preferir o jogo solitário ou, mesmo, a isolarem-se dos seus pares, o que leva à perda de oportunidades de aprendizagem e da prática das competências sociais e emocionais da criança (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015).

No entanto, ainda são poucos os estudos que procuraram descrever os comportamentos de jogo das crianças com PA e perceber as relações entre a competência social e os comportamentos de jogo que estas crianças estabelecem. Um estudo piloto realizado por Mira, Pereira e Veiga (2017), permitiu descrever e comparar os comportamentos de jogo e as competências socio-emocionais em crianças com PA com os seus pares ouvintes, no entanto os resultados deste estudo não apresentaram diferenças significativas em relação ao padrão e à preferência de jogo à exceção do jogo faz de conta que foi mais prevalente no grupo das crianças ouvintes. Além disso, os resultados demonstraram ainda que o grupo das crianças ouvintes apresentou melhores resultados no que respeita às competências sociais quando comparadas com as crianças com PA. No entanto, este estudo contou com algumas limitações como o tamanho reduzido da amostra e a sua heterogeneidade, quer no que diz respeito ao modo preferencial de comunicação,

quer relativamente ao grau de PA. Por outro lado, este estudo foi realizado com crianças com PA que não estavam integradas no ensino regular, apenas partilhando o mesmo espaço de recreio com as crianças ouvintes. Com os avanços médicos e tecnológicos relativamente à implantação coclear e aos aparelhos auditivos, é cada vez maior o número de crianças com PA integradas em turmas do ensino regular.

Que seja do nosso conhecimento, os comportamentos de jogo das crianças com PA e a sua associação com as competências sociais ainda não foram estudadas. O conhecimento destes aspetos é, todavia, crucial para uma maior compreensão das especificidades do desenvolvimento destas crianças e para o delineamento de programas de intervenção com esta população específica.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Objetivos do estudo**

No presente estudo procurou-se descrever e comparar os comportamentos de jogo e as competências sociais de crianças com perdas auditivas com os comportamentos de jogo e as competências sociais de crianças ouvintes do ensino pré-escolar.

#### **3.2. Desenho do estudo**

É um estudo de cariz transversal sendo que ambos os grupos presentes no estudo apenas foram avaliados num mesmo momento. A recolha de dados foi feita através da observação sistemática do comportamento lúdico da criança, da aplicação de provas, do preenchimento de questionários pelos pais.

#### **3.3. Caracterização da amostra**

Para a realização deste estudo foram definidos alguns critérios de inclusão para ambos os grupos: i) estar integrado numa instituição de ensino pré-escolar do ensino regular; ii) não apresentar limitações que o impeça de participar nas avaliações.

Para o grupo de crianças com PA foram ainda definidos os seguintes critérios de inclusão: i) ter o diagnóstico médico de PA; ii) a PA ser pré-linguística iii) apresentar um grau de PA de moderado a profundo.

O grupo de controlo teve ainda como critérios de inclusão: i) não ter qualquer patologia diagnosticada.

Como é possível verificar no fluxograma (Figura 1), inicialmente, a amostra contou com 119 participantes, tendo, no entanto, sido excluídos 3 participantes por não cumprirem os critérios de inclusão. Uma das crianças pertencia ao grupo experimental e foi retirada do estudo por apresentar um grau de PA inferior ao elegível pelos critérios de inclusão enquanto que as restantes crianças pertenciam ao grupo de controlo e não puderam ser incluídas no estudo por apresentarem o diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento.

Posteriormente, foram excluídos 67 participantes do grupo controlo, por falta de dados sociodemográficos (n=5) e por falta da autorização dos pais para a realização da

observação sistemática dos comportamentos de jogo ( $n=62$ ). Deste modo, a amostra final contou com 14 crianças com PA e 35 crianças ouvintes. No entanto, apenas 8 das crianças com PA apresentaram dados provenientes dos questionários aplicados aos pais e da observação sistemática dos comportamentos de jogo. As restantes 6 crianças pertencentes ao grupo das crianças com PA apenas apresentaram dados relativos aos questionários aplicados aos pais uma vez que os pais não autorizaram a observação ( $n=1$ ) e as escolas onde as crianças estavam inseridas não autorizaram a observação em contexto de recreio ( $n=5$ ).

Todos os participantes estavam integrados em instituições de ensino pré-escolar regular e não apresentavam nenhuma limitação que os impedisse de participar no estudo. De referir que o grupo de controlo foi composto por crianças que frequentavam a mesma escola das crianças que constituíram o grupo experimental.

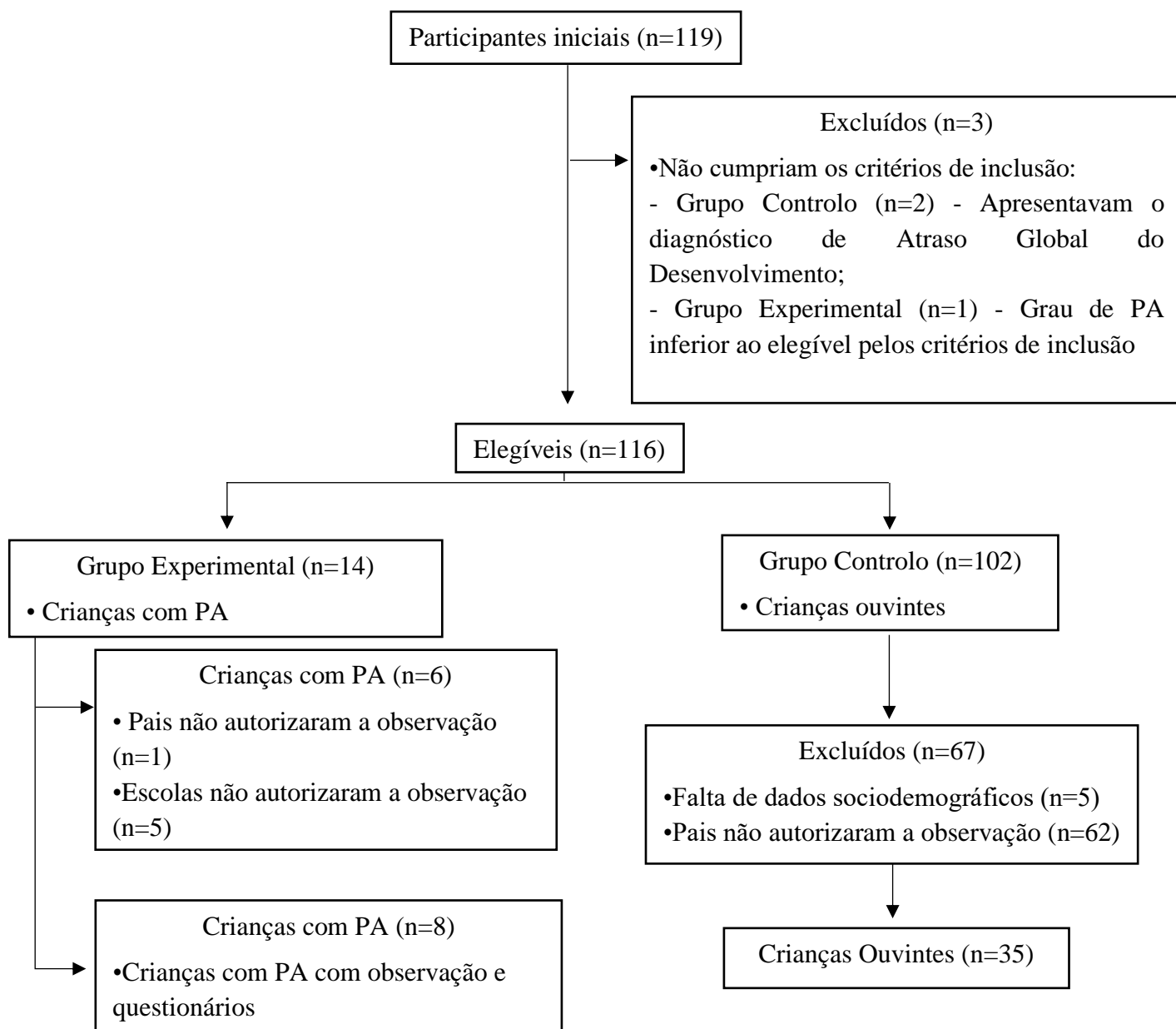


Figura 1. Diagrama de fluxo

Participaram no estudo um total de 49 crianças (25 raparigas e 24 rapazes) nascidas entre janeiro de 2011 e maio de 2015. O grupo experimental era composto por 14 crianças com PA ( $M_{idade} = 58,43$  meses; intervalo de idades = 41-73 meses) e o grupo de controlo foi composto por 35 crianças ouvintes ( $M_{idade} = 61,86$  meses; intervalo de idades = 36-76 meses).

No que diz respeito ao tipo de família das crianças, no grupo das crianças com PA apenas uma criança apresentava uma família monoparental sendo que as restantes apresentavam uma família constituída por mãe e pai (92,9%). No grupo das crianças



ouvintes, a maioria das crianças também apresentava uma família constituída por ambos os pais (85,7%), uma das crianças tinha uma família monoparental (2,9%) e uma criança apresentava uma família constituída por duas mães (2,9%).

Quanto ao estatuto socioeconómico, tendo em conta o emprego do pai, os dois grupos apresentaram valores muito próximo, encontrando-se entre o nível médio e o nível alto. Já relativamente ao emprego da mãe encontraram-se maiores diferenças, em que o grupo das crianças com PA foi caracterizado por empregos de nível baixo e o grupo das crianças ouvintes por empregos de nível médio.

Relativamente ao modo preferencial de comunicação, os grupos eram homogéneos, verificando-se uma clara predominância pela linguagem oral em ambos os grupos. No grupo das crianças com PA, 13 crianças (92,9%) comunicavam pela linguagem oral e uma das crianças é bilingue (7,1%). No grupo das crianças ouvintes, 34 crianças (97,1%) apresenta uma preferência pela linguagem oral e apenas uma das crianças do grupo é bilingue (2,9%).

Relativamente à origem da PA, a maioria das crianças tinha origem desconhecida (64,3%), uma das crianças tinha origem pré-natal (7,1%), uma tinha origem perinatal (7,1%) e a origem das restantes encontrava-se ainda em estudo (21,4%).

Em relação ao grau de PA, 3 crianças (21,4%) apresentavam PA moderada, 5 crianças (35,7%) PA severa, 4 crianças (28,6%) apresentavam um grau de PA profundo e duas crianças (14,3%) apresentavam uma PA severa do lado esquerdo e profunda do lado direito. De referir que todas as crianças presentes no grupo experimental eram filhas de pais ouvintes.

Quanto ao tipo de ajudas auditivas utilizadas pelas crianças com PA, oito crianças (57,1%) recorriam a aparelhos auditivos tradicionais, quatro crianças (28,6%) tinham um implante coclear bilateral e duas das crianças (14,3%) tinham um implante coclear de um dos lados e um aparelho auditivo do outro. A idade média de implantação das ajudas auditivas encontrava-se nos 27,14 meses de idade.

De seguida segue a Tabela 2 de modo a facilitar a compreensão das características de ambos os grupos.

**Tabela 2.** Características sociodemográficas e perfil clínico dos participantes

	Crianças com PA (n=14)	Crianças Ouvintes (n=35)
Idade M (DP), meses	58,43 (9,91)	61,86 (11,99)
Intervalo de Idades, meses	41-73	36-76
Género		
Feminino, No. (%)	6 (42,9%)	19 (54,3%)
Masculino, No. (%)	8 (57,1%)	16 (45,7%)
Tipo de Família		
Mãe e pai, No. (%)	13 (92,9%)	29 (82,9%)
Apenas mãe, No. (%)	1 (7,1%)	1 (2,9%)
Duas mães, No. (%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Estatuto Socioeconómico		
Emprego pai M (DP)*	2,23 (0,93)	2,20 (1,03)
Emprego mãe M (DP)*	1,86 (1,23)	2,42 (0,92)
Modo de Comunicação		
Linguagem Oral, No. (%)	13 (92,9%)	34 (97,1%)
Bilingue, No. (%)	1 (7,1%)	1 (2,9%)
Origem da PA		
Pré-natal, No. (%)	1 (7,1%)	
Perinatal, No. (%)	1 (7,1%)	
Desconhecida, No. (%)	9 (64,3%)	
Em estudo, No. (%)	3 (21,4%)	
Grau da PA		
Moderada, No. (%)	3 (21,4%)	
Severa, No. (%)	5 (35,7%)	
Profunda, No. (%)	4 (28,6%)	
Severa/profunda, No. (%)	2 (14,3%)	
Tipo de Ajuda Auditiva		
Aparelho Auditivo, No. (%)	8 (57,1%)	
Implante coclear bilateral, No. (%)	4 (28,6%)	
Implante coclear e aparelho auditivo, No. (%)	2 (14,3%)	
Idade de Implantação M (DP)	27,14 (14,88)	

\* 0 = desempregado, 1 = baixo, 2 = médio, 3 = alto.

Por este estudo comparar um grupo de crianças com PA a um grupo de crianças ouvintes, e seguindo os procedimentos metodológicos de estudos semelhantes em termos de amostra e variáveis, procurou-se incluir no grupo de controlo, cerca do dobro do número de participantes com PA.

### **3.4. Procedimentos metodológicos**

Numa primeira fase foi pedida a aprovação do projeto de investigação à Comissão de Ética da Universidade de Évora e posteriormente, a aprovação da Comissão de Ética do Hospital Dona Estefânia de Lisboa. Enquanto se aguardava pelas aprovações mencionadas, realizou-se o estudo dos procedimentos de avaliação num Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental, que culminou num estudo piloto onde os instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação foram aplicados a oito crianças com problemas emocionais. Após terem sido obtidas as aprovações de ambas as Comissões, foi realizada uma reunião com o médico responsável pela Unidade de Otorrinolaringologia do Hospital Dona Estefânia, Dr. Herédio de Sousa, onde foram apresentados os detalhes e os planos relativamente à execução do projeto.

As primeiras recolhas de dados tiveram início em fevereiro de 2017 na Unidade de Otorrinolaringologia do Hospital Dona Estefânia e decorreram num registo semanal. Durante a consulta, os pais das crianças eram abordados pelo médico otorrino que apresentava o estudo e solicitava a colaboração dos pais e da criança. De forma a garantir que todas as crianças compreendessem a sua participação no estudo foi protocolada uma informação inicial dada pelo investigador de forma a explicar as atividades que seriam realizadas. Esta informação foi testada durante a fase de teste piloto de forma a garantir que todas as crianças dentro do espectro de idades dos participantes conseguissem compreender de forma clara. Se os pais e as crianças concordavam em participar no estudo, os pais assinavam o consentimento informado e eram encaminhados para um gabinete onde era feita a avaliação da criança. Enquanto a criança realizava as provas de avaliação definidas, os pais permaneciam na sala de espera, preenchendo os questionários. As avaliações demoravam, aproximadamente, 45 minutos por participante e terminaram em agosto de 2017. O mesmo procedimento foi seguido no Hospital dos

Lusíadas, contando com a colaboração da chefe de serviço, Dra. Luísa Monteiro. Contudo, como a aprovação da Comissão de Ética do Hospital dos Lusíadas apenas foi obtida em maio de 2017, a recolha de dados começou mais tarde e consequentemente, terminou mais tarde, em junho de 2017.

Com a colaboração dos médicos responsáveis de cada um dos hospitais foram ainda contactados pais de crianças com critério para participar no estudo, mas que não puderam fazer a deslocação ao Hospital, no sentido de perceber o seu interesse em colaborar no estudo. Foram enviados os consentimentos e questionários aos pais que aceitaram. Nos questionários preenchidos pelos pais (das crianças com PA), era pedida a identificação do Jardim de Infância (JI) que os filhos frequentavam. À medida que os questionários eram recolhidos, os JI, e as respetivas Educadoras de Infância eram contactadas, sendo apresentado o estudo e solicitada a colaboração. Foram contactadas 12 escolas, das quais oito aceitaram colaborar. Após a receção dos consentimentos informados, previamente entregues pelas Educadoras de Infância aos pais destas crianças, entregaram-se os questionários para os pais preencherem e procedeu-se às filmagens, que foram realizadas individualmente a cada criança nos diferentes JI. As filmagens começaram em maio de 2017 e terminaram em junho de 2018.

### **3.5. Variáveis e instrumentos**

#### **3.5.1. Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC)**

O Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) é indicado para a avaliação da linguagem da criança em idade pré-escolar, permitindo a avaliação de componentes cruciais da linguagem como a compreensão e a expressão e dos sistemas linguísticos como a semântica, a morfossintaxe e a pragmática das crianças (Sua-Kay & Tavares, 2006). O TALC é dividido em duas partes sendo que a primeira parte diz respeito à compreensão onde se inserem as provas de Vocabulário, Relações Semânticas e Frases Complexas. Já a segunda parte, diz respeito à expressão que compreende as provas de Vocabulário, Frases Absurdas, Constituintes Morfossintáticos e Intenções Comunicativas (Sua-Kay & Tavares, 2006). No presente estudo apenas foi avaliado o vocabulário, tanto na parte da expressão como na parte da compreensão, e a prova de Intenções Comunicativas, inserida na parte da expressão.

Na parte da compreensão, a subescala Vocabulário pretende avaliar a compreensão de 12 nomes representados por objetos de uso diário e por imagens de objetos, ações e atributos. Os objetos e, posteriormente, as imagens, são apresentadas à criança e pretende-se que a criança aponte para o que o avaliador pediu. No final, cota-se um ponto para cada identificação correta e zero pontos se for incorreta ou se a criança não responder (Sua-Kay & Tavares, 2006). Esta escala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.99).

À semelhança do subescala referido anteriormente, a subescala de Vocabulário da parte da expressão, pretende avaliar a capacidade de nomeação da criança através da apresentação de objetos de uso diário e de imagens representativas de objetos, ações e atributos. Os objetos e, posteriormente, as imagens, são apresentadas à criança e pretende-se que a criança os nomeie. No final do teste, é cotado um ponto por cada nomeação correta e zero pontos caso esta seja incorreta ou se a criança não responder (Sua-Kay & Tavares, 2006). Esta escala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.99).

Também na parte da expressão se insere a subescala Intenções Comunicativas que pretende avaliar a capacidade que a criança tem em adequar o seu comportamento social, tendo em conta a forma dos enunciados produzidos. Esta subescala é avaliada a partir de uma imagem que contém várias situações que acontecem habitualmente no JI, sendo que a criança deverá dar respostas adequadas aos diversos contextos sociais que se encontram ali representados. No final da prova, cota-se um ponto por cada resposta adequada (Sua-Kay & Tavares, 2006). Esta escala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.82).

A Linguagem total foi obtida através da média das três escalas referidas anteriormente. Esta escala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.99).

### **3.5.2. Movement Assessment Battery for Children (Movement ABC-2)**

A componente motora foi avaliada através da segunda versão da bateria *Movement Assessment Battery for Children* (Movement ABC-2). O Movement ABC-2 é um teste estandardizado que pretende avaliar crianças com idades compreendidas entre os 3 e os

16 anos, sendo que esta avaliação se encontra dividida em 3 bandas de acordo com a idade da criança (Henderson, Sugden, & Barnett, 2007). Neste estudo, considerando a faixa etária dos participantes, utilizou-se a Banda 1 que compreende as idades dos 3 aos 6 anos.

A Banda 1 é composta por três dimensões: *Destreza Manual*, *Lançar e Agarrar* e *Equilíbrio* (Henderson, Sugden, & Barnett, 2007). No entanto, para o presente estudo, apenas se utilizou a dimensão *Destreza Manual* e *Lançar e Agarrar* uma vez que as crianças com PA revelam dificuldades no equilíbrio, influenciando, deste modo, os resultados da componente motora.

A Destreza Manual é avaliada através de três tarefas: *Enfiar moedas* que consiste no enfiamento de moedas numa caixa através de uma ranhura, as crianças têm de enfiar as moedas uma a uma dentro do menor tempo possível (6 moedas se a criança tiver entre 3 e 4 anos de idade ou 12 moedas caso a criança avaliada tenha entre 5 e 6 anos de idade), primeiramente a avaliação é realizada com a mão preferida e posteriormente com a mão não preferida; *Enfiar cubos* é a segunda tarefa da destreza manual e consiste no enfiamento de cubos num fio, os cubos têm de ser enfiados um de cada vez e no menor tempo possível, sendo avaliada a destreza de ambas as mãos; por último, na tarefa *Desenhar o percurso* a criança tem de fazer uma linha passando por dentro de um percurso sem que ultrapasse os limites do mesmo, sendo que apenas a mão preferencial é avaliada. Nas duas primeiras tarefas, a cotação dos resultados é referente ao menor tempo de realização da tarefa, sendo que corresponde ao melhor desempenho da criança. Já na última tarefa, apenas são considerados os erros de execução, sendo que menos erros de execução na prova reflete melhores resultados (Henderson, Sugden, & Barnett, 2007).

Relativamente ao Lançar e Agarrar, a avaliação desta dimensão é composta por duas tarefas: *Apanhar o saco de feijões* e *Lançar o saco de feijões*. Na primeira o avaliador deve lançar o saco de feijões para a criança, a uma distância de 1,8 metros, sendo que a criança terá de o apanhar com as duas mãos. Na segunda tarefa a criança deverá lançar o saco de feijões para um tapete que se encontra a 1,8 metros de distância de modo a acertar no mesmo. No final de cada prova é contabilizado o número total de sucessos da criança, sendo que quanto maior for o número de sucessos da criança (máximo de 10), melhor o seu desempenho (Henderson, Sugden, & Barnett, 2007).

A competência motora foi obtida através da média dos percentis da escala Destreza Manual e da escala Lançar e Agarrar. Esta variável apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.68).

### 3.5.3. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

As variáveis que foram avaliadas no estudo do funcionamento sócio-emocional foram a competência social e os problemas externalizantes, que foram avaliadas através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

O SDQ é um breve questionário que pode ser utilizado como forma de avaliação clínica ou como instrumento de investigação dos comportamentos, emoções e da qualidade das relações interpessoais estabelecidas pelas crianças entre os 4 e os 16 anos (Goodman, 1997). Existem várias versões do SDQ, neste caso foi utilizada a versão portuguesa para pais.

Este questionário é composto por 25 itens que se dividem por 5 subescalas: sintomas emocionais (ex.: *“Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a”*), hiperatividade (ex.: *“Distrai-se com facilidade”*), problemas de comportamento (ex.: *“Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras”*), problemas de relacionamento com os pares (ex.: *“Em geral as outras crianças gostam dele/a”*) e comportamento pró-social (ex.: *“É sensível aos sentimentos dos outros”*). Cada item pode ser classificado como *“Não é verdade”*, *“é um pouco verdade”* ou *“é muito verdade”*, sendo que todos os itens se referem a acontecimentos ocorridos nos últimos 6 meses (Goodman, 1997).

Após a escala estar completamente preenchida, são somados os pontos obtidos para cada uma das 5 subescalas avaliadas sendo que estes podem variar entre 0 e 10 pontos. As pontuações obtidas na subescala Sintomas Emocionais, Hiperatividade, Problemas de Comportamento e Problemas de Relacionamento com os Pares podem ser somadas de modo a obter a Pontuação Total de Dificuldades da criança, sendo que esta pode variar entre 0 a 40 pontos. A pontuação obtida, tanto nas 5 subescalas como na Pontuação Total de Dificuldades, irá refletir uma de 3 classificações possíveis: “Normal”, “Limítrofe” e “Anormal” (Goodman, 1997).

Seguindo os procedimentos de estudos anteriores (Veiga et al., 2017; Ketelaar, Rieffe, Wiefferink, & Frijns, 2013) a competência social foi obtida através da média dos itens da subescala de comportamentos pró-sociais e dos itens positivos da subescala de problemas de relacionamento com os colegas. Esta subescala apresenta uma consistência interna fraca ( $\alpha$  de Cronbach=.59). Os comportamentos externalizantes foram obtidos através da média dos itens da subescala de problemas de comportamento e hiperatividade. Esta subescala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.72).

### 3.5.4. My Child's Play (MCP)

My Child's Play (MCP) é um questionário para os pais desenhado para avaliar e fornecer informações pertinentes acerca do jogo das crianças entre os 3 e os 9 anos. Este questionário permite recolher informações detalhadas do jogo da criança em termos da ocupação (preferências de jogo, escolhas e gostos), do ambiente (ambiente físico, contexto humano e atitudes parentais) e da criança em si (habilidades sensoriomotoras, funções executivas e relações interpessoais) (Schneider & Rosenblum, 2014).

Embora a versão original do MCP incluísse 50 itens, a versão atualizada inclui 43 itens relacionados à percepção dos pais sobre as habilidades e os interesses de jogo da criança, as atitudes dos pais em relação ao jogo e o contexto ambiental. Os 43 itens que compõem o questionário dividem-se em quatro categorias: relações interpessoais e participação social; funções executivas; características e comportamento de jogo e contexto ambiental (Schneider & Rosenblum, 2014).

Para a realização do presente estudo foi utilizada uma adaptação do questionário MCP, uma vez que se trata de uma versão reduzida de 22 itens que apenas avaliam duas das quatro categorias: relações interpessoais e participação social (ex.: “*O meu filho é capaz de iniciar uma brincadeira*”) e características e comportamentos de jogo (ex.: “*O meu filho brinca com os brinquedos de forma apropriada e de acordo com a sua função*”).

Para cada item o cuidador da criança deve indicar a resposta que melhor descreve os comportamentos da criança, numa escala que vai de 1 a 5, além disso, é ainda possível caracterizar os itens como *não observado* sempre que o cuidador da criança não conseguir responder a alguma questão por nunca ter observado o comportamento descrito no item,



ou por não ser relevante. Quanto maior for a pontuação obtida no questionário, melhor os resultados (Schneider & Rosenblum, 2014).

A escala foi traduzida e passou por um processo de retro-tradução descrito por Richard W. Bristin (in Lonner & Berry, 1986) e tendo em conta as diretrizes de tradução e adaptação de testes (Hambleton, 2001) (ver anexo II).

Apesar de na validação da versão original do MCP a análise fatorial ter revelado quatro dimensões com níveis aceitáveis de fiabilidade interna, a análise fatorial da versão portuguesa não confirmou este modelo, tendo sido obtido um valor do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* abaixo do limite razoável ( $KMO=0,58$ ), tal como definido por Pereira, (2006). Neste sentido, após discussão com conjunto de peritos optou-se pela análise das seguintes subescalas:

A Escala de Adaptabilidade Lúdica foi constituída por 6 itens que relativos à capacidade de iniciar uma brincadeira, a capacidade de se adaptar a novos contextos de jogo, lidar com a frustração e resolver problemas que surgem durante o jogo. Esta subescala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.75).

A Escala de Capacidade Lúdica foi constituída por 3 itens relativos à capacidade da criança para iniciar e criar oportunidades de jogo. Esta subescala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.60).

A Escala do Jogo Social foi constituída por 5 itens relativos à capacidade da criança de iniciar e manter o jogo social. Esta subescala apresenta bons níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.62).

### **3.5.5. Sistema de observação dos comportamentos de Jogo**

As observações dos comportamentos de jogo das crianças no recreio decorreram entre maio de 2017 e junho de 2018 e foram realizadas de forma aleatória, por períodos de 3 minutos, tendo sido recolhidos um total de 139 vídeos. Os vídeos foram distribuídos aleatoriamente por dois observadores e cerca de 23% dos vídeos foram duplamente codificados de modo a assegurar a fiabilidade inter-observadores, que foi calculada através do coeficiente de Kappa. Os *Comportamentos de Jogo* foram codificados por dois observadores através de um sistema de observação utilizado por Veiga et al.

(2017). Cada vídeo foi dividido em segmentos (15 segundos), em que no final dos quais o observador identificava, em primeiro lugar, com quem é que a criança está em proximidade social, ou seja, se estava envolvida numa atividade solitária, se estava a interagir com adultos, com os pares ou com ambos. Para os segmentos em que a criança estava a interagir, codificava-se ainda o número de pares, o género e o estatuto auditivo dos pares. Por outro lado, era ainda codificada a atividade em que a criança estava envolvida (e.g., brincar, conversar, etc). Caso a atividade fosse *brincar*, o codificador identificava ainda o tipo de jogo, de acordo com as seguintes definições:

*Jogo de Exercício* - movimentos locomotores que ocorrem em contexto de jogo e que são caracterizados pelo vigor físico, mas que podem ser ou não sociais. O jogo de exercício pode envolver objetos.

*Jogo de Luta e Perseguição* – qualquer comportamento lúdico que aparenta ser agressivo e que envolva captura/salvamento ou ataque/fuga. A característica que distingue os jogos de luta e perseguição é o facto de ser social, envolvendo 2 ou mais indivíduos.

*Jogo Faz de Conta com Objetos* – ações de faz de conta direcionadas para ou incluindo objetos. Usar objetos de brincar para representar outros objetos.

*Jogo de Papéis* – brincar a encenar papéis, encenar acontecimentos não literais e envolver-se em transformações de papéis.

*Jogo de Construção* – Consiste na manipulação de objetos para construir ou criar algo. Uma distinção importante entre exploração e construção consiste no objetivo da atividade.

*Equipamentos Lúdicos* – andar no baloiço ou descer pelo escorrega.

*Outro* - qualquer atividade de jogo que não se enquadre nas categorias acima.

Este processo foi repetido para cada segmento de 15 segundos. Quando no mesmo segmento existiam dois comportamentos distintos, o observador optava pelo comportamento mais prevalente. Por exemplo, se durante os primeiros sete segundos do segmento a criança estava numa atividade solitária e se nos últimos oito segundos estava numa atividade com pares, o segmento era codificado como interação com pares.

A fiabilidade inter-observadores para as categorias *Atividade* ( $k=.974$ ) e *Tipo de Jogo* ( $k=.974$ ) apresentaram bons valores de fiabilidade, que, de acordo com Vieira e Garrett (2005) se traduzem num acordo quase perfeito entre os observadores.

O sistema de observação foi possível aferir as seguintes variáveis tendo em conta a frequência de tempo despendido pelas crianças nas atividades de recreio: *Brincar, Jogo de Regras, Conversar, Cuidados Pessoais, Comportamento Exploratório, Desocupado, Espetador, Transição, Comportamento Agressivo, Outros e Não Observado*.

De seguida, tendo em consideração a percentagem de tempo que a criança passou a brincar foi possível criar as seguintes variáveis, consoante o tipo de jogo: *Brincar Jogo de Exercício, Brincar Jogo de Luta e Perseguição, Brincar Jogo de Luta, Brincar Jogo de Perseguição, Brincar Jogo de Faz de Conta com Objetos, Brincar Jogo de Papéis, Brincar Jogo de Construção, Brincar Equipamentos Lúdicos, Brincar Outro, Brincar Não Observado*.

### **3.6. Tratamento estatístico**

Efetuuou-se uma análise dos dados exploratória, tendo-se analisado a normalidade da distribuição dos dados através do teste *Shapiro-Wilk*, considerando os grupos, e o teste de *Kolmogorov-Smirnov* considerando a totalidade da amostra. Como se observou que a maioria das variáveis não apresentava uma distribuição normal, optou-se pela estatística não paramétrica para a análise inferencial dos dados. Como tal, foi usado o teste *MainWhitney U* para investigar as diferenças entre os grupos de crianças com PA e de crianças ouvintes para todas as variáveis em estudo. A análise descritiva dos dados foi efetuada considerando a média e desvio padrão que foram calculados separadamente para cada grupo, em todas as variáveis.

Foi utilizada a versão 25 do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) de modo a realizar a análise estatística dos dados. O nível de significância foi estabelecido tal que  $p \leq .05$ .

#### 4. RESULTADOS

A análise dos resultados da comparação da caracterização da amostra evidenciou diferenças significativas entre as crianças com PA e os seus pares ouvintes em todas as variáveis da componente linguística (Tabela 3). Ao nível da *linguagem compreensiva* as crianças com PA apresentaram valores inferiores ( $0.91 \pm 0.07$ ), em cerca de 5 pontos, comparativamente ao grupo das crianças ouvintes ( $0.96 \pm 0.07$ ) ( $p=.022$ ). Também ao nível da *linguagem expressiva* as crianças com PA obtiveram resultados inferiores ( $0.82 \pm 0.14$ ) aos seus pares ouvintes ( $0.97 \pm 0.05$ ), em cerca de 15 pontos ( $p=.000$ ). O grupo das crianças com PA também revelaram desempenhos inferiores ao nível da pragmática ( $0.09 \pm 0.16$ ) do que os seus pares ouvintes ( $0.56 \pm 0.31$ ), em cerca de 0.47 pontos ( $p=.000$ ). Por conseguinte, também a o total de pontuação obtido ao nível da competência linguística revela piores resultados no grupo das crianças com PA ( $0.61 \pm 0.07$ ) comparativamente com o grupo das crianças ouvintes ( $0.83 \pm 0.12$ ), em cerca de 0.22 pontos ( $p=.000$ ).

**Tabela 3.** Resultados da comparação da caracterização da amostra entre os grupos, considerando a competência linguística

	Crianças com PA (n=13) M $\pm$ DP	Crianças Ouvintes (n=26) M $\pm$ DP	p-value
Competência Linguística [0-1]			
Linguagem Compreensiva	$0.91 \pm 0.07$	$0.96 \pm 0.07$	.022
Linguagem Expressiva	$0.82 \pm 0.14$	$0.97 \pm 0.05$	.000
Pragmática	$0.09 \pm 0.16$	$0.56 \pm 0.31$	.000
Linguagem total	$0.61 \pm 0.07$	$0.83 \pm 0.12$	.000

Como se verifica na Tabela 4, no que diz respeito à competência motora, o grupo das crianças com PA apresentou valores mais baixos ( $37.73 \pm 28.3$ ) comparativamente ao grupo das crianças ouvintes ( $49.95 \pm 27.99$ ), porém estas diferenças não foram significativamente diferentes entre os grupos ( $p=.177$ ).

**Tabela 4.** Resultados da comparação da caracterização da amostra entre os grupos, considerando a competência motora

	Crianças com PA (n=13) M $\pm$ DP	Crianças Ouvintes (n=30) M $\pm$ DP	p-value
Competência Motora [0.1-99.9]	37.73 $\pm$ 28.31	49.95 $\pm$ 27.99	.177

A análise dos resultados da comparação dos resultados obtidos no funcionamento sócio-emocional (Tabela 5) não revelou diferenças significativas entre os grupos, quer ao nível da competência social ( $p=.460$ ), quer ao nível dos problemas externalizantes ( $p=.165$ ). Apesar de não terem sido detetadas diferenças significativas entre os grupos, ao nível da competência social as crianças com PA revelaram valores inferiores aos seus pares ouvintes ( $1.67 \pm 0.29$  e  $1.75 \pm 0.23$ , respetivamente), e ao nível dos problemas externalizantes, o grupo das crianças com PA revelaram valores superiores ao grupo das crianças ouvintes ( $0.78 \pm 0.37$  e  $0.60 \pm 0.33$ , respetivamente).

**Tabela 5.** Resultados da comparação entre grupos considerando os resultados obtidos através da aplicação do Questionário De Capacidades e Dificuldades (SDQ)

	Crianças com PA (n=14) M $\pm$ DP	Crianças Ouvintes (n=31) M $\pm$ DP	P-value
SDQ [0-3]			
Competência Social	1.67 $\pm$ 0.29	1.75 $\pm$ 0.23	.460
Problemas Externalizantes	0.78 $\pm$ 0.37	0.60 $\pm$ 0.33	.165

Como se verifica na Tabela 6, os resultados da comparação entre os grupos relativamente à qualidade do jogo, não revelaram diferenças significativas entre ambos os grupos ao nível das três subescalas. Na subescala de Adaptabilidade Lúdica ( $p=.826$ ), o grupo das crianças com PA apresentou valores ligeiramente superiores ( $2.26 \pm 0.82$ ) aos valores obtidos pelo grupo das crianças ouvintes ( $2.17 \pm 0.47$ ). Ao nível da Capacidade Lúdica ( $p=.822$ ) os resultados encontram-se bastante próximos entre o grupo das crianças com PA ( $2.08 \pm 0.78$ ) e das crianças ouvintes ( $2.10 \pm 0.57$ ). O mesmo se verificou na subescala do Jogo Social ( $p=.411$ ), onde as crianças com PA apresentaram

uma diferença de 3 pontos, quando comparadas com os resultados obtidos pelas crianças ouvintes,  $2.20 \pm 0.63$  e  $1.97 \pm 0.42$ , respetivamente.

**Tabela 6.** Resultados da comparação entre grupos considerando os resultados obtidos através da aplicação do questionário My Child Play (MCP)

	Crianças com PA (n=13) M $\pm$ DP	Crianças Ouvintes (n=31) M $\pm$ DP	P-value
MCP [1-5]			
Escala de Adaptabilidade Lúdica	$2.26 \pm 0.82$	$2.17 \pm 0.47$	.826
Escala de Capacidade Lúdica	$2.08 \pm 0.78$	$2.10 \pm 0.57$	.822
Escala do Jogo Social	$2.20 \pm 0.63$	$1.97 \pm 0.42$	.411

A análise de comparação do tempo despendido pelas crianças nas atividades de recreio (Tabela 7) evidenciou que o brincar é a atividade mais prevalente quer no grupo das crianças com PA ( $0.40 \pm 0.18$ ), quer no grupo das crianças ouvintes ( $0.38 \pm 0.21$ ), seguida da conversação ( $0.23 \pm 0.19$  relativamente às crianças com PA e  $0.24 \pm 0.15$  relativamente às crianças ouvintes), não havendo diferenças entre os grupos ( $p=.876$  e  $p=.281$ , respetivamente). Por outro lado, verificou-se que a exibição de comportamentos agressivos ( $0.00 \pm 0.00$  e  $0.00 \pm 0.01$ ), os cuidados pessoais ( $0.02 \pm 0.05$  e  $0.01 \pm 0.02$ ), a transição entre atividades ( $0.02 \pm 0.02$  e  $0.03 \pm 0.04$ ), os comportamentos exploratórios ( $0.02 \pm 0.03$  e  $0.04 \pm 0.06$ ) e o envolvimento noutra tipo de atividades ( $0.01 \pm 0.03$  e  $0.01 \pm 0.02$ ), são as atividades de recreio em que as crianças passam menos tempo de recreio, sendo que não foram verificadas diferenças entre grupos. Através da análise dos dados obtidos, verificou-se ainda que as crianças com PA manifestaram uma maior frequência ( $p=.039$ ) de comportamentos de *espetador* ( $0.10 \pm 0.07$ ), comparativamente com as crianças ouvintes ( $0.10 \pm 0.07$ ) ( $p=.039$ ).

**Tabela 7.** Resultados da comparação entre grupos considerando a frequência de tempo despendido nas atividades de recreio

	Crianças com PA (n=8) M $\pm$ DP	Crianças Ouvintes (n=35) M $\pm$ DP	P-value
Brincar	0.40 $\pm$ 0.18	0.38 $\pm$ 0.21	.876
Jogo de regras	0.02 $\pm$ 0.05	0.06 $\pm$ 0.14	.469
Conversar	0.23 $\pm$ 0.19	0.24 $\pm$ 0.15	.281
Cuidados Pessoais	0.02 $\pm$ 0.05	0.01 $\pm$ 0.02	.748
Comp. Exploratório	0.02 $\pm$ 0.03	0.04 $\pm$ 0.06	.621
Desocupado	0.10 $\pm$ 0.08	0.09 $\pm$ 0.07	.888
Espetador	0.10 $\pm$ 0.07	0.05 $\pm$ 0.07	.039
Transição	0.02 $\pm$ 0.02	0.03 $\pm$ 0.04	.326
Comp. Agressivo	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.01	.715
Outros	0.01 $\pm$ 0.03	0.01 $\pm$ 0.02	.828
Não observado	0.01 $\pm$ 0.02	0.00 $\pm$ 0.01	.013

A análise de comparação dos comportamentos de jogo (Tabela 8) evidenciou que o jogo de exercício foi o tipo de jogo mais prevalente, quer nas crianças com PA (0.61  $\pm$  0.26), quer nas crianças ouvintes (0.34  $\pm$  0.36), seguindo-se dos equipamentos lúdicos nas crianças com PA (0.17  $\pm$  0.17) e de outro tipo de jogo nas crianças ouvintes (0.29  $\pm$  0.17), não existindo diferenças significativas entre os dois últimos comportamentos de jogo referidos. No entanto, o jogo de exercício além de ter sido o jogo mais prevalente por ambos os grupos, foi também o jogo em que as crianças com PA manifestaram uma maior frequência de participação, comparativamente com as crianças ouvintes ( $p=.036$ ). Por outro lado, os comportamentos de jogo que foram menos frequentes nas crianças com PA foram o jogo de construção (0.01  $\pm$  0.03), o jogo de faz de conta com objetos (0.01  $\pm$  0.03) e o jogo de papéis (0.03  $\pm$  0.07), Nas crianças ouvintes foi o jogo de construção (0.06  $\pm$  0.16) e o jogo de papéis (0.08  $\pm$  0.14), não existindo diferenças significativas entre os grupos nas variáveis referidas anteriormente. Apesar de não existirem diferenças entre os grupos na maioria das variáveis é importante salientar que o grupo das crianças com PA apresentou uma menor frequência de participação na maioria dos comportamentos de jogo observadas, à exceção do jogo de exercício e do jogo de luta e perseguição onde a

sua frequência de participação foi maior, comparativamente com o grupo das crianças ouvintes.

**Tabela 8.** Resultados da comparação entre grupos considerando a observação dos comportamentos de jogo

	Crianças com PA (n=8) M $\pm$ DP	Crianças Ouvintes (n=35) M $\pm$ DP	P-value
Brincar	0.40 $\pm$ 0.18	0.38 $\pm$ 0.21	.876
Brincar J. Exercício	0.61 $\pm$ 0.26	0.34 $\pm$ 0.36	.036
Brincar J. de Luta e Perseguição	0.16 $\pm$ 0.21	0.11 $\pm$ 0.21	.236
Brincar J. Faz de Conta Objetos	0.01 $\pm$ 0.03	0.10 $\pm$ 0.24	.299
Brincar J. Papéis	0.03 $\pm$ 0.07	0.08 $\pm$ 0.14	.388
Brincar J. Construção	0.01 $\pm$ 0.03	0.06 $\pm$ 0.16	.680
Brincar Equipamentos Lúdico	0.17 $\pm$ 0.17	0.21 $\pm$ 0.29	.734
Brincar Outro	0.00 $\pm$ 0.00	0.29 $\pm$ 0.17	.633
Brincar Não Observado	0.00 $\pm$ 0.00	0.00 $\pm$ 0.00	1.00



## 5. DISCUSSÃO

Todos os participantes foram sujeitos a provas de competência linguística e competência motora de modo a perceber as características dos grupos em estudo. No que diz respeito à competência linguística, o grupo das crianças com PA revelou piores resultados nas diversas áreas comparativamente aos seus pares ouvintes. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos sobre o desenvolvimento da linguagem nas crianças com perdas auditivas (Walker & McGregor, 2013; Lederberg, Schick, & Spencer, 2013).

Apesar de as crianças com perdas auditivas terem obtido resultados mais baixos ao nível da competência motora, as diferenças entre ambos os grupos não foram estatisticamente significativas, o que suporta os estudos mais recentes (e.g., Jernice & Nonis, 2017; Santos, Veiga, & Pereira, 2017) sobre o tema. É importante notar que, à semelhança de outros estudos descritivos sobre as crianças com perdas auditivas (Ketelaar, Rieffe, Wiefferink, & Frijns, 2013) as provas de equilíbrio não integraram a avaliação da competência motora, por ser amplamente reconhecida a existência de dificuldades nesta área e as alterações ao nível do ouvido interno, associadas às perdas auditivas neurosensoriais (Huang, Hsu, Kuan, & Chang, 2011).

Os resultados do presente estudo sugerem que ao nível do funcionamento sócio-emocional as crianças com perdas auditivas e as crianças ouvintes apresentam semelhanças. Embora este resultado esteja em linha com estudos anteriores (Ketelaar, Rieffe, Wiefferink & Frijns, 2013) é importante salientar que existem outros estudos em que as crianças com perdas auditivas evidenciaram piores resultados ao nível da competência social (Wiefferink, Rieffe, Ketelaar e Frijns, 2012; Mira, Pereira & Veiga, 2017). Estas diferenças poderão estar relacionadas com as características dos participantes, uma vez que, apesar das semelhanças metodológicas entre os estudos (i.e., instrumentos utilizados) a amostra de crianças do estudo de Wiefferink e colegas (2012) incluiu crianças mais velhas e que receberam implante coclear mais tarde. Estes resultados sugerem que, por um lado, as dificuldades ao nível da competência social podem tornar-se mais evidentes com a idade e por outro lado, a implantação do implante coclear numa fase mais precoce pode amenizar as diferenças entre as crianças ouvintes e as crianças com perdas auditivas. De facto, Alves e colaboradores (2013) sugerem que os implantes cocleares apresentam melhores resultados quando aliados a uma idade precoce de implementação.

Por sua vez, o estudo de Mira e colaboradores (2017) que revelou que as crianças ouvintes revelavam uma maior competência social comparativamente às crianças com perdas auditivas, incluiu crianças que não estavam integradas numa sala regular, mas sim numa sala de apoio especializado e numa turma bilingue, e cujas ajudas auditivas consistiam maioritariamente em aparelhos eletroacústicos, existindo duas crianças, com uma perda auditiva ligeira e profunda que não utilizavam nenhum tipo de ajuda auditiva. Estas diferenças ao nível da amostra de estudo podem explicar as diferenças dos resultados que parecem indicar que a integração no ensino regular parece ter implicações ao nível da competência social das crianças com perdas auditivas.

A inclusão em escolas regulares assume um papel de grande importância no desenvolvimento da socialização emocional da criança, isto é, o processo de aprendizagem da regulação emocional através da observação, escuta e comunicação com os pares (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015). De facto, segundo Rieffe e colaboradores (2015) as crianças com perdas auditivas apresentam mais dificuldades em perceber o que se passa em seu redor, necessitando de mais tempo, comparativamente com as crianças ouvintes, para desenvolver a consciência emocional e a regular as suas emoções de forma eficaz. Deste modo, a inclusão destas crianças parece oferecer um contexto facilitador para a socialização emocional, permitindo que as crianças com perdas auditivas tenham mais oportunidades de observarem os seus pares e de com eles interagirem, aprendendo a transformar os seus impulsos emocionais em reações socialmente aceitáveis (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015) e promovendo deste modo, a sua competência social.

O presente estudo não revelou diferenças entre os grupos no que diz respeito à perspetiva que os pais de ambos os grupos têm acerca da adaptabilidade lúdica, da capacidade lúdica e do jogo social das crianças. Contudo, o que os estudos (e.g. Brown, Remine, Prescott, & Rickards, 2000; Minnett, Clark, & Wilson, 1994; Casby & McCormack, 1985) têm mostrado é que as crianças com perdas auditivas têm mais dificuldades em iniciar e manter o jogo social, apresentando uma menor frequência deste tipo de jogo. É importante salientar que variáveis obtidas através da aplicação de questionários respondidos pelos pais podem muitas vezes ser influenciadas pelas expectativas dos mesmos. Marschark e colaboradores (2012) verificaram que tanto os pais das crianças com perdas auditivas como os pais das crianças ouvintes atribuíam aos

seus filhos maiores pontuações acerca de popularidade e da competência social, do que as crianças atribuíam a elas próprias.

A observação das interações das crianças no recreio tornou evidente que independentemente do estatuto auditivo, as crianças dedicam a maior parte do tempo do recreio a brincar, o que vai de encontro à ideia de Neto (2003) de que é durante a idade pré-escolar que as crianças dedicam grande parte do seu tempo ao jogo. Os resultados do presente estudo evidenciaram um padrão de tempo despendido nas atividades de recreio bastante similar entre ambos os grupos, sendo que apenas se realçam algumas diferenças no tempo passado a observar os pares sem se envolver na atividade, no qual as crianças com perdas auditivas despendem o dobro do tempo de recreio nesta atividade comparativamente com os seus pares ouvintes. Este resultado sugere a necessidade que as crianças com perdas auditivas têm de *input* visual sobre a situação por forma a compensarem a falta de input auditivo. De facto, Brown e colegas (2000) revelaram que as crianças com perdas auditivas tendem a observar e a posicionar-se perto das interações lúdicas, de modo a esperar algum tipo de convite para se juntarem, revelando mais dificuldade em integrar-se nas interações lúdicas que já estão a decorrer (Brown, Remine, Prescott, & Rickards, 2000).

Os resultados do presente estudo evidenciam padrões semelhantes de comportamentos lúdicos, à exceção do jogo de exercício. Comparativamente às crianças ouvintes, as crianças com perdas auditivas envolvem-se em cerca do dobro do tempo neste tipo de jogo, o que contrasta com a ideia de que por ser um tipo de jogo que implica as habilidades motoras, pode ser mais exigente para as crianças com perdas auditivas (Rieffe, Netten, Broekhof, & Veiga, 2015). Apesar de as crianças com perdas auditivas neurossensoriais apresentarem alterações ao nível do sistema vestibular que se traduzem em dificuldades ao nível da competência motora (Gheysen, Loots, & Waelvelde, 2008), o presente estudo revelou que as crianças com perdas auditivas e as crianças ouvintes evidenciaram performances semelhantes ao nível da competência motora, ainda que as habilidades estabilizadoras não tenham sido consideradas. Possivelmente, por ser menos exigente em termos da comunicação verbal, o jogo de exercício é um tipo de jogo mais apelativo para as crianças com perdas auditivas.

Pelo contrário, o jogo de faz de conta, muito exigente quer em termos linguísticos, quer em termos de competências emocionais como a compreensão emocional (Seja &

Russ, 1999) foi menos frequente nas crianças com perdas auditivas do que nos seus pares ouvintes. Ainda que estas diferenças não tenham sido significativas, revelaram uma menor adesão pelas crianças com perdas auditivas. Este resultado sugere que, possivelmente, as crianças com perdas auditivas têm dificuldades em iniciar e manter o jogo de faz de conta. Considerando a vasta literatura que corrobora os efeitos positivos deste tipo de jogo nas competências sócio-emocionais das crianças (Lillard, et al., 2013), poderá ser pertinente desenvolver um programa de intervenção que permita aumentar as oportunidades de as crianças com perdas auditivas se envolverem neste tipo de jogo.

Estes resultados apontam para uma visão muito positiva acerca da integração escolar destas crianças com crianças ouvintes, parecendo indicar que a inclusão no pré-escolar ligada à utilização de ajudas auditivas adequadas, parece ter influência no funcionamento socio-emocional destas crianças e no jogo que estas crianças estabelecem.

Ainda que a inclusão destas crianças no ensino regular pareça influenciar positivamente as competências destas crianças, os resultados do presente estudo demonstram que as crianças com PA apresentam uma menor competência motora e social e mais problemas externalizantes comparativamente com as crianças ouvintes, ainda que o seu funcionamento seja idêntico entre os grupos.

Deste modo, estes resultados tornam evidente a importância de desenvolver programas de intervenção psicomotora para as crianças com PA. De facto, as crianças com PA podem necessitar de uma maior estimulação ao nível da competência motora e das competências sócio-emocionais, pelo que a psicomotricidade pode ter um papel fundamental na intervenção terapêutica com estas crianças, uma vez que acenta numa abordagem holística do indivíduo, através de uma intervenção corporal em que a comunicação não-verbal se sobrepõe à verbal, promove as várias competências necessárias ao bom desenvolvimento das crianças.

### **5.1. Limitações e direções futuras**

Na realização deste estudo foi possível verificar algumas limitações no mesmo. Uma das limitações está relacionada com o número reduzido de participantes, que pode ter influenciado alguns dos resultados obtidos, sendo necessário ter algum cuidado com

a generalização dos resultados. Apesar de a amostra inicial ter contado com 119 participantes, foram excluídos 70 participantes por não cumprirem os critérios de inclusão, por falta de dados sociodemográficos e por falta da autorização dos pais e das escolas para a realização da filmagem dos comportamentos de jogo. O estudo contou assim com 49 crianças (crianças com PA n=14 e crianças ouvintes n=35).

Outra limitação neste estudo foi a fraca consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=.59) da subescala competência social avaliada através da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

Apesar de existirem vários estudos que estudaram as associações entre a competência social e o tipo de jogo das crianças, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que correlacionem estas duas variáveis em crianças com PA o que dificultou possíveis comparações e discussões.

## **6. CONCLUSÃO**

Os resultados do presente estudo demonstraram semelhanças entre as crianças com PA e as crianças ouvintes ao nível do funcionamento sócio-emocional idêntico. Relativamente aos comportamentos lúdicos, as crianças com PA e as crianças ouvintes não diferem na qualidade lúdica percebida pelos pais nem no tempo despendido a brincar. No entanto, a observação sistemática do comportamento lúdico, tornou evidentes diferenças relativamente às preferências do tipo jogo. Enquanto que as crianças com PA se envolvem mais no jogo de atividade física, as crianças ouvintes envolvem-se mais no jogo de faz de conta, ainda que só existam diferenças estatisticamente significativas ao nível do jogo de exercício.

Estes resultados apontam para uma visão muito positiva acerca da integração escolar destas crianças com crianças ouvintes, parecendo indicar que a inclusão no pré-escolar possivelmente ligada à utilização de ajudas auditivas adequadas, parece ter influência no funcionamento sócio-emocional destas crianças e nos comportamentos lúdicos das crianças com perdas auditivas.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, H., Martins, J. H., Oliveira, G., Alves, M., Ramos, D., Silva, L., & Ribeiro, C. (2014). Aquisição e desenvolvimento da linguagem em crianças com implante coclear. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial*, 52 (3), 149-153.
- Alves, M., Ramos, D., Alves, H., Martins, J. H., Silva, L., & Ribeiro, C. (2013). Desenvolvimento da linguagem em crianças com implante coclear e influência da idade de implantação. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-facial*, 51 (2), 81-86.
- Antia, S., Kreimeyer, K., Metz, K., & Spolsky, S. (2010). Peer Interactions of Deaf and Hard-of-Hearing Children. Em M. Marschark, & P. Spencer, *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education (Vol. 1)*. Oxford University Press.
- Bat-Chava, Y., & Deignan, E. (2001). Peer Relationships of Children With Cochlear Implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6 (3), 186-199.
- Biswas, A., Goswami, S., Baruah, D., & Tripathy, R. (2012). The Potential Risk Factors and the Identification of Hearing Loss In Infants. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 64 (3), 214-217. doi:10.1007/s12070-011-0307-6
- Blumberg, S. J., Carle, A. C., O'Connor, K. S., Moore, K. A., & Lippman, L. H. (2008). Social Competence: Development of an Indicator for Children and Adolescents. *Child Indicators Research*, 176-197.
- Brown, P., Remine, M., Prescott, S., & Rickards, F. (2000). Social Interactions of Preschoolers With and Without Impaired Hearing in Integrated Kindergarten. *Journal of Early Intervention*, 200-211.
- Casby, M. W., & McCormack, S. M. (1985). Symbolic play and early communication development in hearing-impaired children. *Journal of Communication Disorders*, 18 (1), 67-78.

- Clark, J. (1981). Uses and abuses of hearing loss classification. *Asha*, 23, 493-500.
- Colwell, M., & Lindsey, E. (2005). Preschool Children's Pretend and Physical Play and Sex of Play Partner: Connections to Peer Competence. *Sex Roles*, 52. doi:10.1007/s11199-005-3716-8
- Connolly, J. A., & Doyle, A.-B. (1984). Relation of Social Fantasy Play to Social Competence in Preschoolers. *Developmental Psychology*, 20 (5), 797-806.
- DeLuzio, J., & Girolametto, L. (2011). Peer Interactions of Preschool Children With and Without Hearing Loss. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1197-1210.
- Denham, S., Blair, K., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., & Queenan, P. (2003). Preschool Emotional Competence: Pathway to Social Competence? *Child Development*.
- Eisenberg, N., Spinrad, T., & Eggum, N. (2010). Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (1), 495-525.
- Ferreira, R., Silva, L., & Ribeiro, C. (2012). A surdez neurossensorial na criança - Adaptação protética versus implante coclear. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 50 (4), 333-337.
- Gheysen, F., Loots, G., & Waelvelde, H. V. (2008). Motor Development of Deaf Children With and Without Cochlear Implants. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12 (2), 215-224.
- Gifford, K., Holmes, M., & Bernstein, H. (2009). Hearing Loss in Children. *Pediatrics in Review*, 30, pp. 207-216. doi:10.1542/pir.30-6-207
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5, 581-586.
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European journal of psychological assessment*, 17(3), 164-172.



- Henderson, E., Sugden, A., & Barnett, L. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-2 Second Edition (Movement ABC-2)*. London.
- Howes, C., & Matheson, C. C. (1992). Sequences in the Development of Competent Play With Peers: Social and Social Pretend Play. *Developmental Psychology*, 28 (5), 961-974.
- Huang, M., Hsu, C., Kuan, C., & Chang, W. (2011). Static balance function in children with cochlear implants. *International Journal Of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75 (5), 700-703.
- Jernice , T., & Nonis, K. (2017). The Motor Skills of Adolescents with Hearing Impairment in a Regular Physical Education Environment. *International Journal of Special Education*, 32, 596-607.
- Ketelaar, L., Rieffe, C., Wiefferink, C., & Frijns, J. (2013). Social Competence and Empathy in Young Children With Cochlear Implants and With Normal Hearing. *The Laryngoscope*, 518-523.
- Kwon, K., Bingham, G., Lewsader, J., Jeon, H., & Elicker, J. (2013). Structured Task Versus Free Play: The Influence of Social Context on Parenting Quality, Toddlers' Engagement with Parents and Play Behaviors, and Parent–Toddler Language Use. *Child and Youth Care Forum*, 42 (1).
- Ladd, G. W., & Price, J. M. (1987). Predicting Children's Social and School Adjustment Following the Transition from Preschool to Kindergarten. *Child Development*(58 (5)), 1168-1189.
- Lederberg, A. R., Schick, B., & Spencer, P. E. (2013). Language and literacy development of deaf and hard-of-hearing children: Successes and challenges. *Developmental Psychology*, 49(1), 15-30.
- Lillard, A. (1993). Pretend Play Skills and the Child's Theory of Mind. *Child Development*, 348-371.
- Lillard, A. (2001). Pretend Play as Twin Earth: A Social-Cognitive Analysis. *Developmental Review*, 21 (4), 495-531.

- Lillard, A. S., Lerner, M. D., Hopkins, E. J., Dore, R. A., Smith, E. D., & Palmquist, C. M. (2013). The impact of pretend play on children's development: A review of the evidence. *Psychological Bulletin*, 139 (1), 1-34.
- Lonner, W. J., & Berry, J. W. (1986). *Field methods in cross-cultural research* (Vol. Vol. 8). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Marschark, M., Bull, R., Sapere, P., Nordmann, E., Skene, W., Lukomski, J., & Lumsden, S. (2012). Do you see what I see? School perspectives of deaf children, hearing children and their parents. *European Journal of Special Needs Education*, 27 (4), 483-497.
- Marsick, V. J., & Watkins, K. E. (2001). Informal and incidental learning. Em *New directions for adult and continuing education* (Vol. 89, pp. 25-34). Spring: John Wiley & Sons, Inc.
- Mathieson, K., & Banerjee, R. (2010). Pre-school peer play: The beginnings of social competence. *Educational and Child Psychology*, 27, pp. 9-20.
- Minnett, A., Clark, K., & Wilson, G. (1994). Play Behavior and Communication Between Deaf and Hard of Hearing Children and Their Hearing Peers in an Integrated Preschool. *American Annals of the Deaf*, 420-429.
- Mira, C., Pereira, C., & Veiga, G. (2017). Comportamentos de Jogo e Competências Sócio-Emocionais na Criança com Deficiência Auditiva.
- Most, T., Ingber, S., & Heled-Ariam, E. (2011). Social Competence, Sense of Loneliness, and Speech Intelligibility of Young Children With Hearing Loss in Individual Inclusion and Group Inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17 (2), 259-272.
- Neto, C. (2003). Jogo e Desenvolvimento da Criança. Em C. Neto, *Jogo e Desenvolvimento da Criança* (pp. 5-9). Lisboa: fmh edições.
- Netten, A., Rieffe, C., Theunissen, S., Soede, W., Dirks, E., Korver, A., . . . Frijns, J. (2015). Early identification: Language skills and social functioning in deaf and

- hard of hearing preschool children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79, 2221-2226.
- Pellegrini, A. (2009). *The role of play in human development*. New York: Oxford University Press.
- Pellegrini, A., & Bjorklund, D. (2004). The Ontogeny and Phylogeny of Children's Object and Fantasy Play. *Human Nature*, 15 (1), 23-43.
- Pellegrini, A., & Smith, P. (1998). Physical Activity Play: The Nature and Function of a Neglected Aspect of Play. *Child Development*, 68 (3), 577-598.
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (6ª ed. ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (Vol. 6ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Piaget, J. (1952). *Play, dreams and imitation in childhood*.
- Rieffe, C., Ketelaar, L., & Wiefserink, C. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and Individual Differences*, 49 (5), 362-367.
- Rieffe, C., Netten, A., Broekhof, E., & Veiga, G. (2015). The Role of Environment in Children's Emotion Socialization: The Case of Deaf and Hard of Hearing (DHH) Children. Em M. Marschark, & H. Knoors, *Educating deaf students: Creating a global evidence base*. New York: Oxford Univeesity Press.
- Rieffe, C., Netten, A., Broekhof, E., & Veiga, G. (2015). The Role of Environment in Children's Emotion Socialization; The Case of Deaf and Hard of Hearing (DHH) Children. Em M. Marschark, & H. Knoors, *Educating deaf students: Creating a global evidence base*. New York: Oxford Univeesity Press.
- Rombert, J. (2017). *A linguagem, mágica dos bebés*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social Withdrawal. *Annual Review of Psychology*, 60 (1), 141-171.

- Santos, M., Veiga, G., & Pereira, C. (2017). As Competências Emocional e Motora das Crianças Surdas ou Com Deficiência Auditiva (SDA).
- Schneider, E., & Rosenblum, S. (2014). Development, Reliability, and Validity of the My Child's Play (MCP) Questionnaire. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68 (3), 277-285.
- Seja, A. L., & Russ, S. W. (1999). Children's fantasy play and emotional understanding. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 269-277.
- Smith, P., Smees, R., & Pellegrini, A. (2004). Play Fighting and Real Fighting: Using Video Playback Methodology With Young Children. *Aggressive Behavior*, 30, 164-173. doi:DOI: 10.1002/ab.20013
- Spahn, C., Richter, B., Burger, T., Löhle, E., & Wirsching, M. (2003). A comparison between parents of children with cochlear implants and parents of children with hearing aids regarding parental distress and treatment expectations. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 947-955.
- Spencer, P. (2010). Play and Theory of Mind: Indicators and Engines of Early Cognitive Growth. Em M. Marschark, & P. Spencer, *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education (Vol. 2)*. Oxford University Press.
- Sua-Kay, E., & Tavares, M. (2006). *T.A.L.C. Teste de Avaliação da Linguagem na Criança - Manual*. Lisboa: Oficina Didática.
- Van der Kooij, R. (2003). O jogo da Criança. Em C. Neto, *Jogo e Desenvolvimento da Criança* (pp. 32-56). Lisboa: fmh edições.
- Veiga, G., Neto, C., & Rieffe, C. (2014). Jogo de atividade física, competência motora e competência social na idade pré-escolar. Em C. Neto, J. Barreiros, R. Cordovil, & F. Melo, *Estudos do desenvolvimento motor da criança VII* (pp. 239-246). Lisboa: Edições FMH.
- Veiga, G., Leng, W., Cachucho, R., Ketelaar, L., Kok, J., Knobbe, A., . . . Rieffe, C. (2017). Social Competence at the Playground: Preschoolers During Recess. *Infant and Child Development*.

- Veiga, G., Neto, C., & Rieffe, C. (2016). Preschoolers' free play - connections with emotional and social functioning. *The International Journal of Emotional Education*, 8 (1), 48-62.
- Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. *Family Medicine*, 360-363.
- Walker, E. A., & McGregor, K. K. (2013). Word learning processes in children with cochlear implants. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 375-387.
- Wiefferink, C., Rieffe, C., Ketelaar, L., & Frijns, J. (2012). Predicting social functioning in children with a cochlear implant and in normal-hearing children: The role of emotion regulation . *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, pp. 883-889.
- Wiefferink, C., Rieffe, C., Ketelaar, L., Raeve, L., & Frijns, J. (2012). Emotions Understanding in Deaf Children with a Cochlear Implant. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* .